Rocznik X Maj-Czerwiec 1932 Nr. 3

POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIW. JANA KAZIMIERZA, POLIKLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU POZNAŃSKIECO, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEK., CENTRALNEJ RADY ZRZESZEŃ STOMATOLOGÓW I LEK. DENT. RZPLTEJ POLSKIEJ, POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.), SEKCJI POLSKIEJ MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A. S. I.) ORAZ STAŁEJ DELEGACJI POL. ZJAZDÓW STOMALOGICZNYCH.

REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:
Naczelny redaktor: Prof. Dr. Antoni CIESZYŃSKI. Redaktor Działu Sprawozdawczego i piśmiennictwa: Dr. Henryk ALLERHAND. Admin.: Dr. Karol ATLAS.
ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5 a, Nr. telefonu 11-75.

TREŚĆ:

Str.
Prof. A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu. (Dokończ). 97
Dr. H. Zipper: Interesujący stomatologa przypadek twardzieli szczęki górnej 119
Zast. Prof. Dr. M. Zeńczak: Sprawozdanie ze Zjazdu A. S. I. w Budapeszcie. Sekcja protetyczna i ortodontyczna . . . 133
Kalendarz Zjazdowy 1932—1934 . 118
Ruch w Towarzystwach:
Sprawozdania z posiedzeń nauk. Zw. Stom. lwow. I—IV. pos. . . 121
F. D. I. Wnioski uchwalone w Paryżu 137
Stała delegacja Pol. Zjazdów Stomatol. 139
Oceny książek 142
Wiadomości bieżące 148

SOMMAIRE:

p.
Prof. A. Cieszyński: De l'infection putride, des phlegmones perimaxillaires et de leur traitement. (Fin). 97
Dr. H. Zipper: Un cas de sclérome du maxillaire supérieur . . . 119
Dr. M. Zeńczak: I. Congrès internationale de l'A. S. I. à Budapest-Section de la prothèse dentaire et de l'orthopédie maxillaire. 133
Congrès scientifiques 1932—1934. 119
Bulletin des Séancas: Société stomatologique de Lwów I—IV. 115
F. D. I. — Paris 1931. 137
Revue critique 142

INHALT: (Originalartikel): Prof. A. Cieszyński: Über eitrige Infektion, Kieferphlegmonem und deren Behandlung (Schluss) S. 97. Dr. H. Zipper: Ein Fall von Sclerom des Oberkiefers von stomatologischem Interesse. S. 119. Dr. M. Zeńczak: Prothese u Orthopädie auf dem A. S. I. — Kongress in Budapest (Bericht).

Cena niniejszego zeszytu 5 zł.

Prenumerata:

Rocznie (6 numerów) . . . 30 zł.
Półrocznie (3 numery) . . . 15 zł.

Administracja zastrzega sobie możliwość dopłaty w razie powiększenia kosztów produkcji

Konto PKO „POLSKA STOMATOLOGJA" 151.717.

Ceny dawniejszych roczników:

1923, 1924 wyczerpane
1925—1927 à . . . . 24 zł.
1928—1930 à . . . . 30 zł.
1931 . . . . 40 zł.
Księga pamiątkowa z r. 1923 } à 16 zł.
„ „ z r. 1928 }
„ „ z r. 1931 . . 30 zł.

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
12.) *Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.*

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI. LWÓW.

O ZAKAŻENIU ROPNEM, ROPOWICACH SZCZĘKOWYCH I ICH LECZENIU. (Dokończenie).

De l'infection putride, des phlegmones perimaxillaires et de leur traitement. (Fin).

Ueber eitrige Infektion, Kieferphlegmonen und deren Behandlung. (Schluss).

Doc. pol. 19,2; 23,70—24,5; 27,1; 50,65; 50,72. Doc. int. 616,002; 576,8; 616,314.17,002.

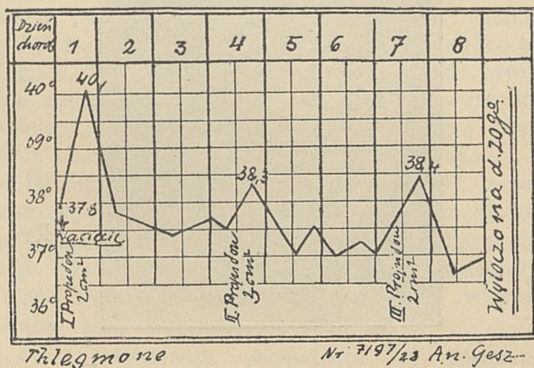
KILKA CIEKAWYCH HISTORYJ CHORÓB.

Wpływ wstrzykiwań propidonu na ciepłotę ciała.

Przypadek XV. Nr. 7197/28. Aniela Gosz.... 25 lat.

Phlegmone ab $\overline{6 \text{ et } 8|}$. **Spatium submaxillare, pharyngeum ant., parotideum, buccale et submentale. Trismus.**

Od dłuższego czasu cierpiała pacjentka na ból dolnych zębów po stronie lewej. 25. IV. 28 wystąpiły silniejsze bóle zębów i obrzęk po lewej stronie twarzy, sięgający do ucha, a ku przodowi aż do brody. Szczękościsk. — 27. IV. Wystąpił również obrzęk wyrostka zębodołowego od wnętrza jamy ustnej od $\overline{6 \text{ i } 8|}$ (po prawej stronie). Zęby chore usunięto: Ropy nie było. Chorej polecono płukanie jamy ustnej i okłady z kwaśnej wody. — 2. V. Chora zgłasza się do kliniki.



Ryc. 104.

S t a n o b e c n y: Obrzęk twardy, bolesny po lewej stronie twarzy od okolicy podbródkowej aż do ucha. Szczękościsk. Temp. 37,9°. Tętno 100. Ogólny stan lichy.

L e c z e n i e: Wykonano nacięcie za kątem żuchwy. R o p y n i e b y ł o. Seton. Podjęto seroterapję.

W y n i k b a d a n i a b a k t e r j o l o g i c z n e g o: Staphylococcus albus, Coccus Gram + et Gram —.

P r z e b i e g d a l s z e g o l e c z e n i a n a s t ą p i ł t y p o w o — podajemy go jako przypadek leczenia sprawy ropowicowej bez powikłań. (Ryc. 104).

1-szy dzień: nacięcie i propidon. Temp. w 4 godziny po zastrzyknięciu I. propidonu 2 cm^3 podnosi się o $2^1/_2$ stopnia, t. j. na 40,1^0 C;

2-gi dzień: zmiana opatrunku, temp. 37,8^0, tętno 95, ropy dużo;

3-ci dzień: zmiana opatrunku, temp. 37,4^0, tętno 90, ropy dużo. — Obrzęk się zmniejsza.

4-ty dzień: II. propidon 3 cm^3, opatrunek, najwyższa temperatura po 4 godzinach 38,3^0 C; koramina per os przez 10 dni, 3 razy dziennie po 15 kropel.

6-ty dzień: zmiana opatrunku, ropy dużo;

8-my dzień: III. propidon 2 cm^3, najwyższa temperatura po 6 godzinach 38,4^0 C;

9-ty dzień. ropy dużo;

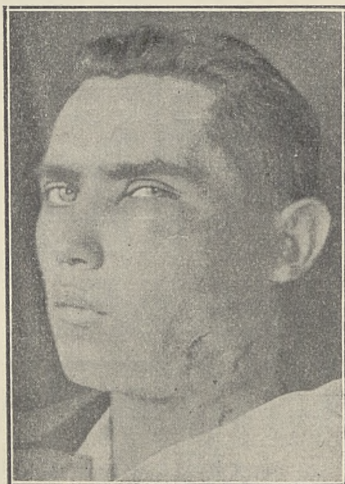
10-ty dzień ropy mniej, codziennie setony;

w 14-tym dniu: ropy niema, kamfenol wkroplony tępą igłą, opatrunek zewnętrzny bez setonu;

16-ty dzień: ropy niema, jodgliceryna wkroplona tępą igłą;

20-ty dzień: rana zabliźniona.

Przypadek XVI. Nr. klin. 1482, 26. X. 1926, Kiw. Jarosław, lat 26, rolnik. Ryc. 105.
Zaostrzenie sprawy podostrej z pierwotnem ogniskiem w szczęce dolnej przez ostrą sprawę zapalną w szczęce górnej.



Ryc. 105.

Ropowica o przebiegu przewlekłym z przetoką licową pochodząca od pozostawionych w szczęce korzeni |6 przechodzi w stan ostry na skutek ostrego zapalenia ozębnej |6. Szczękościsk mierny (II stopnia).

Zajęte przestrzenie: policzkowa aż pod oczodół, okolica przyczepu m. żwacza, naciek podskórny okolicy przyusznicy, kąta żuchwy i szyi, wzdłuż m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Leczenie trwało 9 tygodni.

Wywiady: Ból zęba od 4 tygodni. Równocześnie obrzęk w okolicy dolnych lewych trzonowców, który z każdym dniem się powiększa. Od 2 tygodni otwór na twarzy, z którego sączy się ropa. Lekarz na prowincji zaleca gorące okłady, obrzęk ustępuje, ropa się wydziela, otwieranie ust możliwe. 6| zostaje rzekomo usunięty. Po kilku dniach obrzęk się powtarza, wobec tego zgłasza się do kliniki.

Stan obecny: Obrzęk od ucha lewego do ust i do połowy szyi, bolesny. Szczękościsk mierny (II stopnia), z otworu pod |6 sączy się ropa; w jamie ustnej obrzęk w okolicy |6, z zębodołu sączy się ropa, sąsiednie zęby na prąd reagują. Zdjęcie roentgenowskie: korzenie |6 w zębodole, nieproporcjonalnie małe zmiany na szczycie korzeni w stosunku do obrzęku. Nad |6 stwierdza się roentgenologicznie ziarniniaki.

28. X. W narkozie eterowej wykonano dwa cięcia: 1) za kątem żuchwy, 2) w miejscu przetoki. Ropy mało. Usunięcie korzeni |6, który wykazywał ziarniniaki. Po nacięciu i usunięciu korzeni podwyższa się temperatura o 0,4° (37,2—37,6°) Tętno 150, temperatura 37,8°. Infus. digit. 0,5 : 1.500 razy dziennie.

29. X. Zmiana opatrunku. Silny obrzęk aż pod oczodół lewy. Ropy niema. Tętno 150, temperatura 37,8°. Infus. digit. 0,5 : 150,0 3 razy dziennie.

Poprawa akcji serca po 4 dniach. Pojawia się ropa. W następnym czasie przestrzykiwania i setony zwilżone kamfenolem. Leczenie ukończone 18. XII.

Po 2½ miesiącach zgłasza się chory z przetoką w miejscu poprzedniem, która jak zbadano pochodzi od |8. Ząb usunięto, przetokę wyskrobano, poczem nastąpiło wyleczenie. — Dołączyła się więc sprawa nowa ropna od zęba mądrości, przyczem wypływ ropy obrał dawną drogę, pochodzącą od |6.

Przypadek XVII. Nr. klin. 155, z dnia 5. IX. 27, F. Sch., lat 20. Ryc. 106—109. **Ropowica ostra, obejmująca przestrzenie: podżuchwową, skrzydłowato-żuchwową, przyusznicową, podskroniową, policzkową, powiekę górną i dolną, powstała wskutek zakażenia woreczka zębowego wyrzynającego się zęba mądrości i korzeni, |23456.**

Obrzęk w okolicy trzonowców w jamie ustnej pojawił się przed pięciu miesiącami, wyciekło też cokolwiek ropy, naciek okresowo zwiększa się i zmniejsza.

Przed 8 dniami pojawił się wybitny obrzęk lewego policzka w okolicy podbródkowej i silny ból żuchwy i głowy. Chora czuje się bardzo osłabiona.

5. IX. 1927, godz. 6-ta wieczór, wybitny obrzęk, dość twardy, po lewej stronie obejmujący okolicę podszczękową, ku tyłowi sięga do wyrostka sutkowego i okolicy mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Ku górze sięga do okolicy skroniowej, ku przodowi obejmuje górną i dolną powiekę i okolicę podoczodołową, dochodzi ku dołowi do okolicy podbródkowej. Ciepłota 39°, tętno 145, słabo wyczuwalne. Szczękościsk wybitny, rozwarcie szczęk na 5 mm możliwe. Nacisk na okolicę podżuchwową bolesny, ząb |8 niewidoczny. W górnej szczęce korzenie |23456, nacisk na wyrostek bolesny; również bolesny |7 przy nacisku.

W moczu dużo białka. Zdjęcie roentgenowskie wykazuje ziarniniak na |7 i otwarcie torebki wykluwającego się zęba |8.

Rozpoznanie: Ropowica pochodząca od zakażonego zawiązka zęba mądrości, od zapalenia ozębnej szczytowej |7 oraz od korzeni zębów górnych. (Szczegółowe rozpoznanie w tytule).

Leczenie: 6. IX. 2 cm³ 25% kamfory, w następnych dniach digitalis i kofeina. Pod zamrożeniem chloretylowem nacięto w trzech miejscach.

Ryc. 106. Cięcie 1. pod krawędzią żuchwy. Na tępo otwarto przestrzeń podżuchwową i żuchwowo-skrzydłowatą. Z cięcia 2-giego za kątem żuchwy otwarto wchodząc na tępo przestrzeń przyusznicową. Z otworu tego przeprowadzono kleszczyki pod krawędzią żuchwy do cięcia 1-go. Cięcie 3-cie równoległe do łuku jarzmowego; wprowadzono kleszczyki podskórnie w kierunku kąta oka, następnie w górę i ku tyłowi w kierunku m. skroniowego. Założono setony. Po otwarciu ukazało się tylko bardzo mało ropy.

Ryc. 106—109. Cieżki przypadek ropowicy szczękowej.



Ryc. 106.



Ryc. 107.

Ryc. 106 i 107. 7. IX. 27. Dwa dni po przyjęciu. Streptococcus viridans. — Temp. 5. IX. 39,^{2} — 6. IX. 39° — 7. IX. 39° (Nacięcie).



Ryc. 108. 9. IX. Temp. 36.4°



Ryc. 109. Po wygojeniu się sprawy w dn. 6. X.

Dnia następnego (7. IX.) temperatura opadła do 36,6°; tętno 114. W narkozie eterowej rozwarto żuchwę i usunięto dźwignią Bertena ząb |8, którego $^1/_3$ korony była widoczną, a dźwignią Schlemmera |7. Usunięto również korzenie zębów |2345i6.

Po tym zabiegu temperatura podskoczyła do 39,1°. W nocy o godz. 11-tej wykazywała 37,8°, rano 37,2°, i spadła dnia 8. IX. do 36,6° i utrzymuje się nadal w granicach między 36,2 do 36,8. — Charakterystycznem jest, że po zabiegu kostnym podniosła się temperatura o $2^1/_2$°. Ryc. 77.

Dnia 8. IX. Wysięk ropny zmniejszył się, nie cuchnie, również zmniejszył się obrzęk.

Wynik badania bakterjologicznego wykonanego w dniu 6. IX.: Streptococcus viridans.

Temperatura wysoka, słabe tętno, stoi niewątpliwie w związku ze zakażeniem spowodowanem przez streptococcus viridans, do tego dochodzi autointoksykacja wskutek przewlekłego zaparcia stolca. Chorej dawano od 1-szego dnia przybycia, t. j. 6, 7, 8 i 9. IX. oleum Ricini, poczem stolce prawidłowe. W dzień po drugim zabiegu pojawiła się menstruacja, która trwała 4 dni.

9. X. W czwarty dzień po pierwszym zabiegu, a trzeci po kostnym ustąpił obrzęk, a pozostał twardy naciek w okolicy m. żwacza.

13. IX. Białka w moczu niema, a dużo fosforanów.

Od nacięcia w dniu 6. IX. setonowano i przepłukiwano ranę. Ropienie utrzymuje się dalej, wkroplono tępą igłą presojod 3 cm^3 przez cięcia nr. 1 i 2 a przez cięcie nr. 3—2 cm^3. Injekcje te powtórzono jeszcze 2 razy. Ryc. 79.

19. IX. Nie założono setonu z kamfenolem, tylko jałowy, i zrobiono dnia następnego pożywki, które wykazały jeszcze w 14 dniu leczenia w głębi streptococcus viridans. Do głębi rany włożono seton z arg. nitr. na pół godziny, a potem seton z kamfenolem.

20. IX. Utrzymywał się jeszcze szczękościsk, pomimo że obrzęki ustąpiły. W narkozie eterowej rozwarto szczęki 21. IX. Obrzęk policzka cokolwiek się powiększył, jakkolwiek rozwieranie lepsze.

1. X. Zaprzestano setonowania rany nr. 1 i 2., 4 dni później i rany nr. 3.

6. X. Chora opuściła klinikę. Leczenie trwało 31 dni, choroba zaś cała — licząc od początku — trwała 6 miesięcy. Przebieg uważa się za bardzo poważny, ponieważ zakażenie wywołane było przez streptococcus viridans, leczenie wymagało uwzględnienia zawsze najpierw stanu ogólnego, a potem dopiero miejscowego

Przypadek XVIII. Nr. klin. 4543, 20. III. 1928, Regina H., lat 11. Ryc. 110, 111 i 112.

Phlegmone facie i ab 7| — Ropowica o przebiegu ostrym, atypowym od 7| z przebiciem pod przyczep m. policzkowego w okolicy linea obliqua i pod przyczep m. żwacza z obraniem drogi ku górze w przestrzeni policzkowej wzdłuż m. żwacza do kości jarzmowej z przejściem na szczękę górną ponad przyczep m. policzkowego.

Szczękościsk III. stopnia. Zajęte przestrzenie: policzkowa, przyczepy m. policzkowego, poniżej kości jarzmowej i linea obliqua. Zajęcie powłok zewnętrznych okolicy przyusznicowej za kątem żuchwy. Leczenie trwało 4 tygodnie.

Ból zębów od 7 dni, równoczenie obrzęk.

20. III. Silny obrzęk w okolicy kości jarzmowej aż do żuchwy po stronie prawej. Największa bolesność i wypuklenie przed m. żwaczem. Od wnętrza wypuklenie i chełbotanie w okolicy 7|. Szczękościsk III. stopnia na 3 mm. Rozwieranie klinem powolne, bolesne bez skutku. Po wprowadzeniu palca od vestibulum oris stwierdza się 6| z głęboką próchnicą. W znieczuleniu mandybularnem extraoralnem usunięto 6|, który wykazuje ziarniniak.

W zamrożeniu chloretylowem nacięcie $2^1/_2$ cm od jamy ustnej nad 7| w miejscu chełbotania, wydobywa się nieco ropy, silnie cuchnącej, brudno zielonej. Przestrzyknięcie, seton. Temperatura 38,9°, tętno 120. Podawanie infus. digit.

21. III. Temperatura 37,2°, tętno 150, obrzęk aż pod oczodół. Szczękościsk mniejszy. Zmiana setonu. Na obrzęk migdałków jodgliceryna.

22. III. Usunięto 5|. Ropa. Zmiana opatrunku. Propidon.

23. III. Obrzęk silny, twardy. W zamrożeniu chloretylowem nacięcia: 1) na policzku poniżej łuku jarzmowego i 2) pod kątem żuchwy, otwarcie na tępo, rozszerzenie rany w głębi; obfita ropa, setony. Okład. Codziennie przestrzyknięcia i opatrunki do 30. III. obrzęk mniejszy. Wydzieliny brak.

31. III. Seton czysty. Na tępej igle kamfenol do rany i seton. Nagrzanie lampą Sollux. Opatrunek suchy.
2. IV. Seton z propidexem.
3. IV., Seton z propidexem.
6. IV. Gaza kamfenolowa.
Do 18. IV. wyleczenie. Leczenie trwało 4 tygodnie.

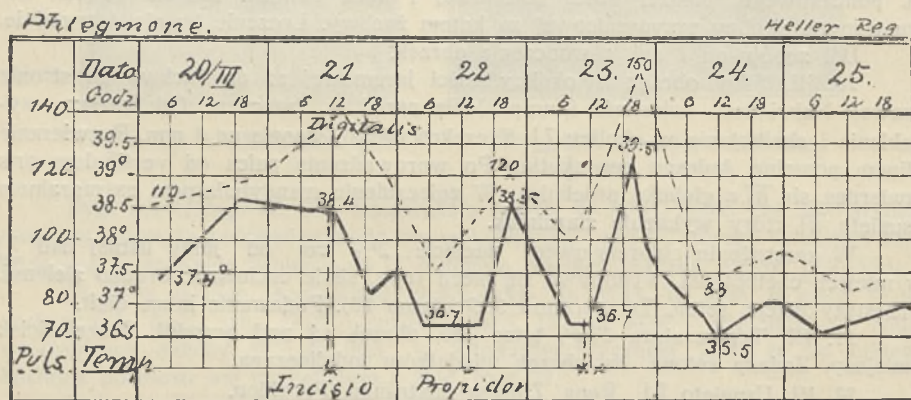
Ryc. 110 — 112. Przypadek XVIII.



Ryc. 110. W dniu 19. III.
Nacięcie.



Ryc. 111. W dniu 20. III.
Temp. 38.3. Tętno 150.



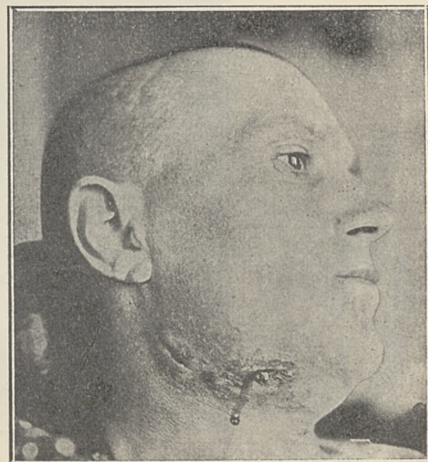
Ryc. 112.

Przypadek XIX. Nr. Klin. 4785/28 Dul. Stanisław, lat 42, szofer.
Ropowica podżuchwowa o przebiegu ostrym po ekstrakcji $\overline{6}|$. Streptococcus-viridans. Osteomylitis. Leczenie trwało 4 miesiące. Ryc. 113 i 114.

W związku z ekstrakcją $\overline{6}|$ (przez technika dent.) stan zapalny ropny i ropowica. Chory bardzo osłabiony, temperatura 39.5°, tętno 116 od 5 dni. Obrzęk wybitny, twardy i bardzo bolesny sięga od okolicy poza kątem żuchwy, przekracza linję środkową. Naciek obejmuje głównie przestrzeń podżuchwową i powłoki powierzchowne policzkowe i okolicy szyi. W ustach rana po wyjętym $\overline{6}|$ cuchnąca. Zdjęcie Rg nie wykazuje zmian w żuchwie.



Ryc. 113. Krótko po przyjęciu chrego, w dniu nacięcia.



Ryc. 114. Obrzęk ustąpił. Rany zewnętrzne poczynają się zasklepiać.

Ryc. 113 i 114. Przypadek XIX. — Ciężki przypadek ropowicy przy zakaźnem zapaleniu kości.

31. III. Zamrożenie chloretylem, 2 nacięcia: 1) podżuchwowe otwierające przestrzeń podżuchwową z ropniem: na tępo stworzenie komunikacji z zębodołem $\overline{6}|$ pod krawędzią żuchwy. 2) Kontrincyzja za kątem żuchwy celem zmniejszenia napięcia powłok zewnętrznych i stworzenia na tępo komunikacji między obu cięciami. 3) Wyskrobanie zębodołu $\overline{6}|$ i zaopatrzenie setonem z kamfenolem.

1. IV. Akcja serca lepsza, ropy dużo; nagrzanie lampą Sollux zmiana opatrunku. 3 cm^3 propidonu wśródmięśniowo. Temperatura po propidonie doszła do 39°, tętno 90. Codziennie przestrzyknięcia i zmiany opatrunku.

17. IV. Collargol 10% wkroplony do rany.

18. IV. Sublimat (1:5000) wkroplony do rany.

Od 19. IV. do 2. V. stale ropa. 4 tygodnie po operacji wykazuje zdjęcie Rg martwiak. Podawanie Calcii chlor. 10% 3 dni przed operacją.

4. V. W narkozie usunięcie martwiaka, wielkości orzecha laskowego od zewnątrz w okolicy $\overline{6}|$.

Od 12. V. propidex na gazie jałowej.

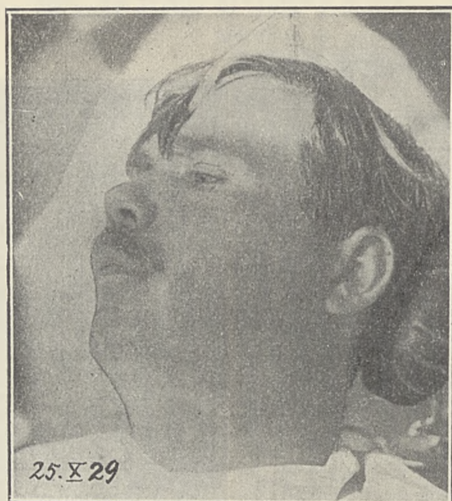
14. V. Codziennie zmiany opatrunku, nieco płynnej ropy na setonach.

6. VI. wyczuwa się sondą ostry brzeg kostny. Należy spodziewać się dalszego wydzielania się martwiaka, który nieznacznej wielkości wyszedł samoistnie od strony jamy ustnej. 20. VII. leczenie zakończono.

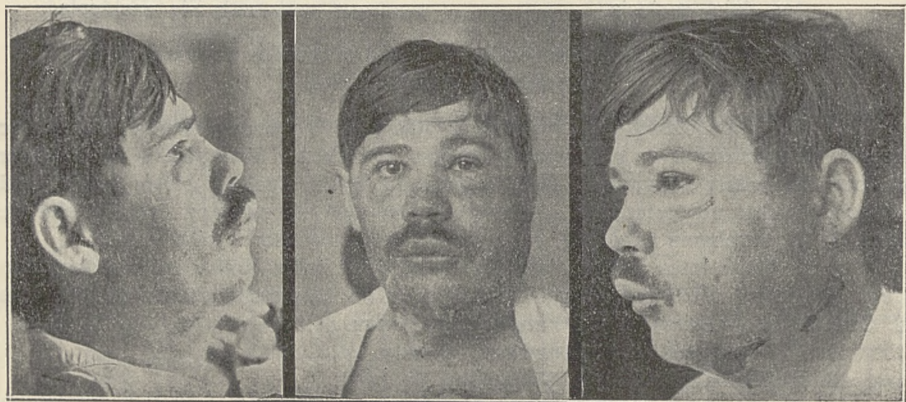
Przypadek XX. Nr. klin. 1086/29. Krzyż... Jan, lat 30. Ryc. 115 — 125.

Ropowica podżuchwowa podjęzykowa i szyjna, policzkowa obustronna, przyusznicowa lewa, przygardłowa przednia, podczaszkowa, pochodząca od ognisk zapalnych w okolicy $\overline{|6\ 8}$, podminowując $\overline{|7}$.

Staphylococcus albus, streptococcus haemoliticus i pneumococcus. Ciepłota 38,2° — 39, — 37,2°. Czas trwania choroby 12 tygodni. Leczenie kliniczne 7 tygodni.



Ryc. 115. W dniu przyjęcia.



Ryc. 116. Dzień po nacięciu. Naciek przechodzi z lewej strony na prawą przez przestrzeń podjęzykową i powierzchowne powłoki. Obrzęk obustronnie pod okiem.

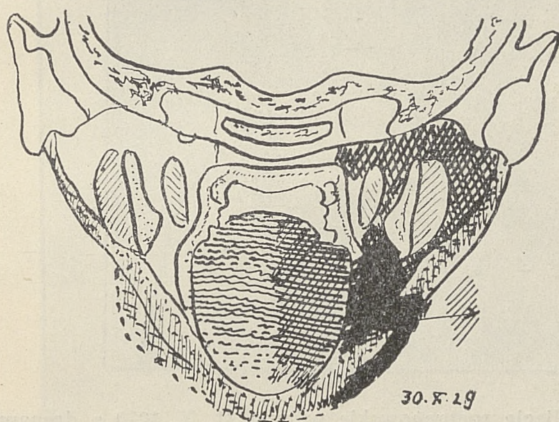
W y w i a d y: Przed trzema laty usuwano w dolnej szczęce po lewej stronie ząb, korzenie pozostawiono. W czerwcu 1929 wystąpił ból w tem miejscu; dentysta na prowincji próbował usunąć korzenie, lecz bez skutku. 7. X. 1929 wy-

stąpił szczękościsk oraz ból i obrzęk w szczęce dolnej lewej. Stosowano gorące okłady bez skutku, wobec czego lekarz, który próbował ząb usunąć, lecz również bez skutku, wykonał jedynie nacięcie od zewnątrz, 29. X. zgłasza się chory do kliniki

S t a n o b e c n y: Obrzęk wybitny, twardy lewej połowy twarzy, sięgający pod oczodół, obejmujący tylny brzeg gruczołu przyusznego do łuku jarzmowego, okolicę podszczękową i podbródkową aż do linji środkowej a w dół sięgający do trigonum caroticum. Ryc. 115.

Szczękościsk III. stopnia (na 3 mm). Po rozwarciu ust rozwieraczem stwierdzono korzenie |8 i duży naciek w tej okolicy.

Zajęte przestrzenie: podżuchwowa, skrzydłowato-żuchwowa, przygardłowa przednia przyusznicowa, podskroniowa. Ryc. 117. Temperatura 38,2^{0}, tętno 116 Płuca: infiltratio lobi sin.: bronchitis diffusa.



Ryc. 117.



Ryc. 118.

Ryc. 117 i 118. Schematyczne przedstawienie zajętych przestrzeni. Przypadek XX.

25. X. W narkozie chloroformowej wykonano dwa nacięcia: 1) w okolicy kąta żuchwy i 2) w połowie żuchwy; kleszczyki wprowadzono do spatium submaxillare, wydobyła się ropa płynna, żółto-zielona, cuchnąca. Ryc. 116.

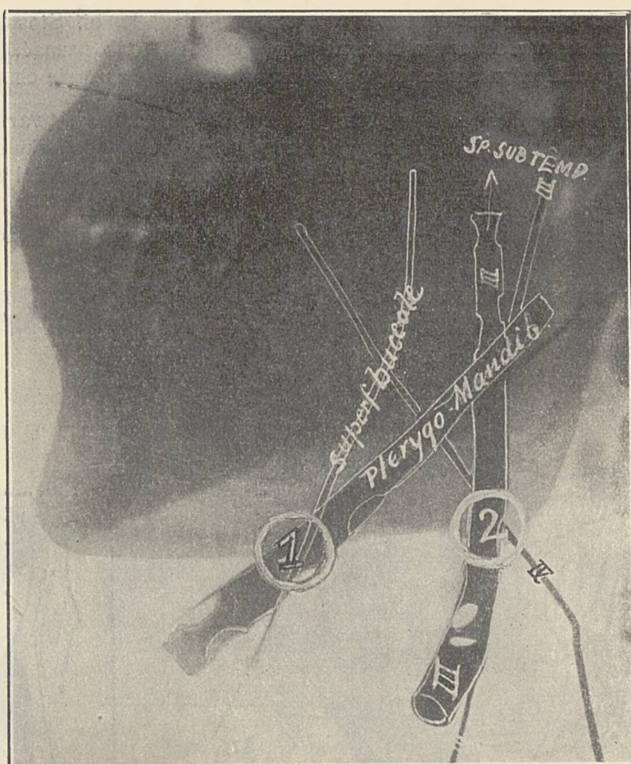
Injekcja 2 cm^3 propidonu. Koramina 3 razy dziennie po 15 kropel. Po propidonie temperatura 39,9, tętno 112, dreszcze.

26. X. Temperatura 39,4 — tętno 120, zmiana opatrunku; obrzęk po stronie przeciwnej w okolicy podbródkowej i policzkowej i pod okiem lewem i prawem.

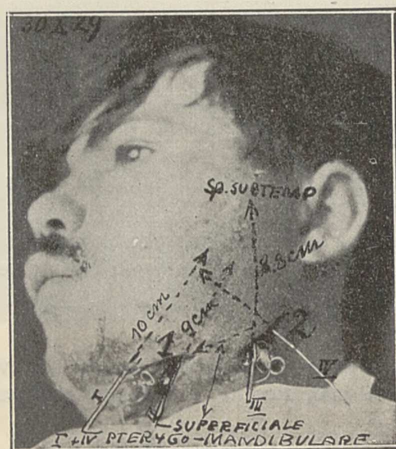
27. X. Temperatura 38,6 — tętno 104, zmiana opatrunku.

28. X. Temperatura 37,2 — tętno 98, zmiana opatrunku.

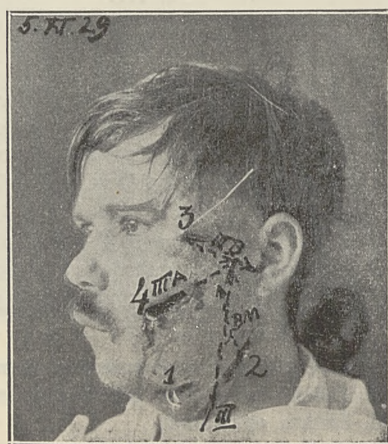
29. X. Obrzęk po stronie prawej zmniejszył się do minimum, po stronie lewej naciek zmiękł w okolicy przyusznej, pozostał zaś twardy w okolicy podszczękowej. Zmiana opatrunku.



Ryc. **119.** Przypadek XX. Zdjęcie roetgenowskie w dniu 31. X. 1929 z drenami metalowemi.



Ryc. 120.

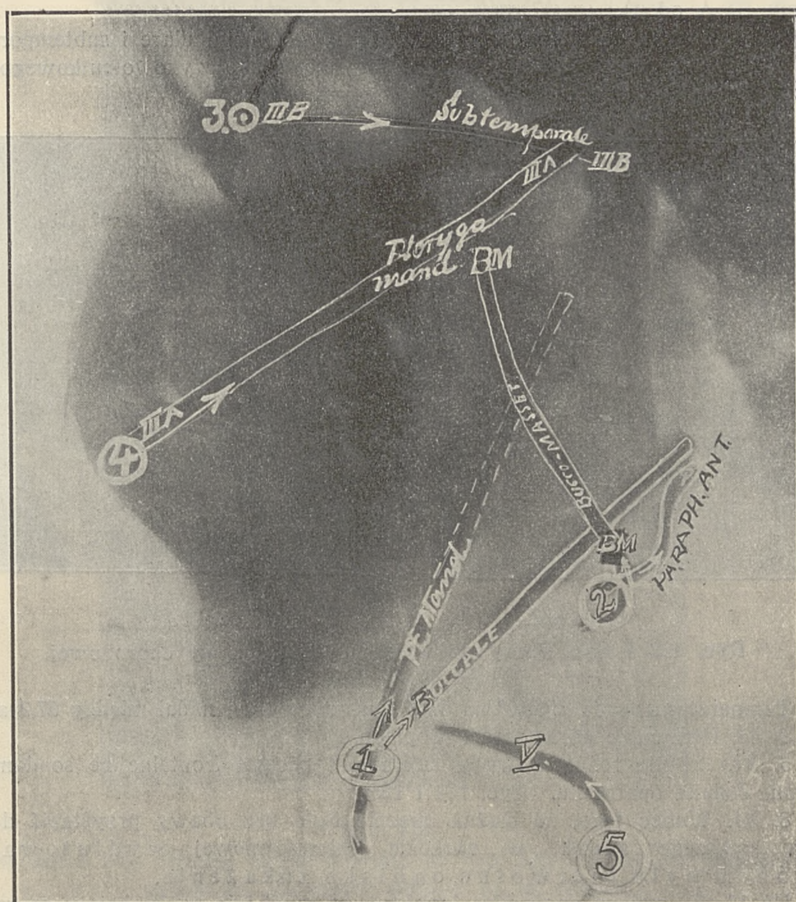


Ryc. 121.

Ryc. 120. Chory w dniu 31. X. Oznaczone są drogi, przez które wprowadzono zgłębniki. Porównaj z roetgenogramem w ryc. 119.

Ryc. 121. Chory w dniu 5. XI. Po wykonaniu cięcia 3-go, 4-tego i 5-tego. Porównaj z ryc. 124 i 125.

30. X. Kontrola na zdjęciach roentgenowskich: założono cztery tępe zgłębniki (Ryc. 119 i 120) I. z cięcia nr. 1. 10 cm w głąb, sp. pterygo mandib., II. 9 cm w głąb sp. buccale superf. Z cięcia nr. 2., III. 8,8 cm sp. subtemporale. — IV. ukośnie ku przodowi, spatium parotideum et pterygo-mandibulare.



Ryc. 125. (Do ryc. 121).

31. X. Występuje słabo się zaznaczający wytrzeszcz (exophtalmus). Ponieważ utrzymuje się nadal postać naciekowa ropowicy, szerząca się w głąb, zdecydowano się na stworzenie nowych dróg odpływowych i utorowanie ponowne dawnych przez ich rozszerzenie wchodząc na tępo kleszczykami.

W narkozie chloroformowej po poprzedniem wstrzyknięciu 1 cm^3 koraminy wykonano następujące cięcia. (Ryc. 121 i 124 i 125).

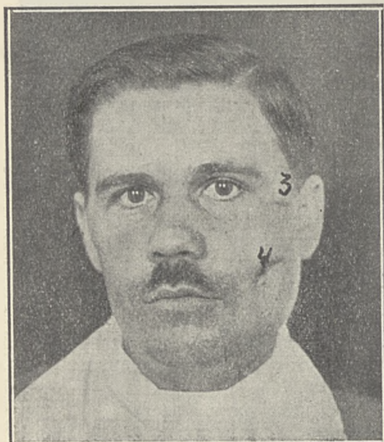
Nr. 1. Od cięcia podżuchwowego utworzono drogę do przestrzeni skrzydłowato żuchwowej, wchodząc kleszczykami pod krawędź żuchwy tą samą drogą do przestrzeni podjęzykowej, następnie wchodząc kleszczykami po zewnętrznej krawędzi żuchwy rozszerzyło się drogę pod powłoką powierzchowną a mięśniem żwaczem (sp. buccale).

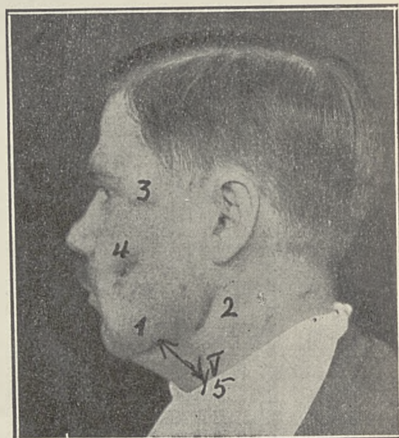
Nr. 2. Od cięcia nr. 2. za kątem żuchwy utworzono drogę do sp. subtemporale, sp. parapharyng. ant., sp. parotideum i pterygo-mandibulare, w końcu do strony zewnętrznej gałęzi wstępującej do sp. bucco masseternicum i przeprowadzono połączenie z kontrincyzją Nr. 1.

Nr. 3. Nad łukiem jarzmowym do sp. subtemporale (zgłębnik III B od 3, zgłębnik III A od 4).

Nr. 4. Pod łukiem jarzmowym do Sp. pterygo mandibulare i subtemporale.

Wykonano cięcie **5.** na brzegu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego, tworząc stamtąd połączenie z przestrzenią podżuchwową.





Ryc. 122. Ryc. 123.

Ryc. 122 i 123. Chory po wygojeniu się sprawy chorobowej.

Temperatura opada z 38,6⁰ na 37,2⁰ i utrzymuje się nadal między 37,2 a 37,4⁰.

2. XI. Otrzymuje poraz trzeci propidon.

5. XI. Zdjęcie roentgenowskie lateralne i occipito-frontalne ze sondami ołowianemi. Zmiana opatrunku. (Ryc. 124 i 125).

8. XI. Wobec tego, że można obecnie było bez obawy przystąpić do rozwarcia szerszego szczęk, w narkozie chloroformowej wydłutowano |8, w którym było pierwotne ognisko zakażenia.

Do 17. XI. zmiana opatrunku, kamfenol na tępej igle wstrzyknięty do ran.

18. XI. Lapis do ran. Opatrunek.

19. XI. i 20. XI. Kamfenol wstrzyknięty do ran — opatrunek.

21. XI. Suchy opatrunek.

31. XI. Próba stopniowego rozwierania ust.

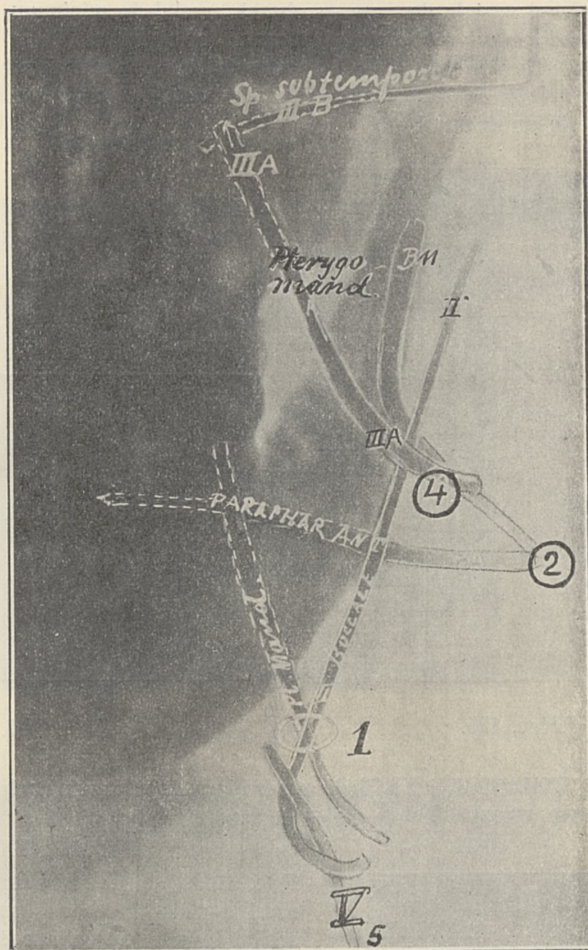
14. XII. Rana zupełnie wygojona. Ryc. 122 i 123.

Do rozdziału: **„Ropowice szczęk powstałe po operacjach kostnych"** na str. 91.

Przypadek XXI. Nr. klin. 1142/29. Mis. Karolina, lat 42.

Poziome ułożenie zatrzymanego dolnego zęba mądrości. Wybitny obrzęk po operacji. Ryc. 126 i 127.

28. X. 1929. Zgłasza się z bólami w szczęce dolej lewej, trwającemi **od dłuższego** czasu. Bóle te promieniują w kierunku do ucha. W jamie ustnej nie stwierdza się zębów próchnicowych. Wykonano zdjęcie roentgenowskie, na którem stwierdzono poziomo ułożony zatrzymany |‾8‾.



Ryc. 124.

Ryc. 124 i 125. Zdjęcie roentgenowskie do ryc. 121. Do ran wprowadzono zgłębniki. Szczegóły podane są w rycinie.

W znieczuleniu mandybularnem nacięto błonę śluzową, okostną odpreparowano, następnie wydłutowano ząb. Założono 2 szwy. Od zewnątrz kwaśny okład. Zabieg wykonano bez trudności.

29. X. Temperatura 36,4°. Wystąpił wybitny obrzęk w okolicy podszczękowej lewej, obejmujący też okolicę podbródkową, poza linję środkową. Przestrzyknięcie — kwaśny okład. Wobec tego, że wystąpił obrzęk powłok zewnętrznych i szczękościsk I. stopnia, założono seton kamfenolowy do rany.

30. X. Temperatura 37° — 2 cm³. propidonu śródmięśniowo. Reakcja ogólna nieznaczna — obrzęk utrzymuje się. Przestrzyknięto. — Do rany seton — kwaśny okład.

W dniach następnych od 1. XI. — 3. XI. ustępuje obrzęk z dnia na dzień coraz bardziej, przy tem samem leczeniu a ciepłota opada już dnia następnego do 36,5°. 3. XI. wyjęto szwy.

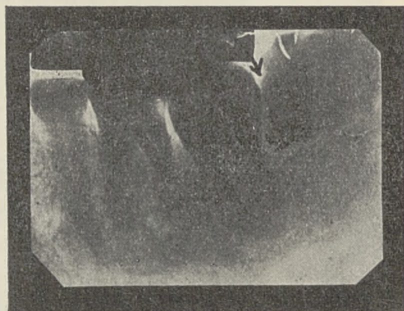
4. XI. Kamfenol na igle do rany — obrzęk zmalał do minimum.

7. XI. Lapis do rany — leczenie ukończone (do 9 dni).

Epikryza: Po wydłutowaniach i trudnościach ekstrakcyjnych zatrzymanych zębów mądrości, należy po zaszyciu rany włożyć mały seton celem odprowadzenia wytwarzającego się wysięku.



Ryc. 126.



Ryc. 127.

Przypadki XXII, XXIII i XXIV do rozdziału: **„Źródło zakażenia w zakażonym woreczku zębowym wyrzynającego się zęba mądrości“** na str. 83.

Przypadek XXII.



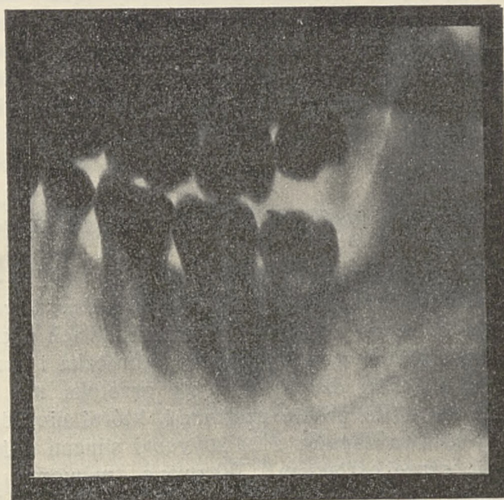
Ryc. 128.

Ryc. 128. |8 zatrzymana oś zęba mądrości zwrócona jest pod kątem 45° do zęba sąsiedniego |7 . Guzek odśrodkowy przedostał się już przez pokrywającą ząb blaszkę kostną; korona zęba leży bezpośrednio pod płatem dziąsłowym. Przyszło do zakażenia okolicy paradontalnej w okolicy korony. (Miejsce oznaczone strzałkami). Klinicznie: szczękościsk II-go stopnia, bóle od kilku dni, obrzęk okolicy podżuchwowej, gruczoły podszczękowe macalne, powiększone i bolesne. Dolegliwości ustąpiły po wyjęciu zęba. Ponadto widzimy na roentgenogramie w okolicy szczytowej |6 zgrubienie ozębnej jako znak przewlekłego zapalenia. Klinicznie objawów wychodzących od tegoż zęba stwierdzić nie można.

Przypadek XXIII i XXIV.

Dwa przypadki podane w ryc. 129 i 130 przedstawiają dwa zęby mądrości które są w jamie ustnej nie widoczne.

W obu przypadkach występowały objawy zapalne w ostatnim $1^1/_2$ roku w postaci bólów, szczękościsku i miejscowego obrzęku twarzy. W ostatnim tygodniu wystąpiły objawy ostre w postaci obrzęku twarzy i nacieków ropnych obejmujących okolicę podżuchwową i przestrzeń skrzydłowato-żuchwową. wzgl. przygardłową przednią z objawami wybitnego szczękościsku.



Ryc. 129.



Ryc. 130.

Tuż za zębem ⌈7 unosi się fałd błony śluzowej do góry, pokrywający gałąź wstępującą i przechodzący w dalszym ciągu na podniebienie. Okolica ta jest obrzękła, zaczerwieniona i na ucisk bolesna. Roentgenologicznie stwierdza się w przypadku podanym w ryc. 129 zupełnie wyrznięty ⌈8, stojący jednak pod błoną śluzową. Oś zęba przebiega równolegle do osi zęba ⌈7. W razie wycięcia płata dziąsła ponad zębem ⌈8 pozostaną po zwężeniu się rany dwa pasma błony śluzowej unoszące się ku górze. Widoki na ponowne zakażenie tejże okolicy są wielkie.

Dlatego przystąpiono do wyjęcia zęba mądrości. Ranę zasetonowano. Choremu wstrzyknięto dwukrotnie omnadynę. Na okolicę podżuchwową dano okład. Bóle ustąpiły do dnia następnego. Wyleczenie po 6 dniach.

W ryc 130. podany jest analogiczny przypadek. Różnica między tym przypadkiem a poprzednim polega na tem, że oś zatrzymanego zęba jest odśrodkowo zwrócona i ząb wyrzyna się w kierunku gałęzi wstępującej. Po stronie distalnej korony widać na roentgenogramie wąską smugę odwapnionej kości. — Jest to parodontalna torbiel — która uległa zakażeniu od strony jamy ustnej przez otwarcie woreczka. Z powodu ostrych objawów i nacieku ropnego w okolicy podżuchwowej i w przestrzeni przygardłowej przedniej — przystąpiono do wyjęcia zęba zatrzymanego.

Kilka przypadków ropowic z zejściem śmiertelnem, opisanych w literaturze.

1. *Przypadek opisany przez de Smitta* (D. M. f. Z. 1900, p. 441). Chory lat 25 zgłasza się z bólem zębów, obrzękiem i szczękościskiem, trwającym kilka dni, i z wysoką temperaturą. Zalecono okłady — po trzech dniach nacięto, wyszło wiele cuchnącej ropy. Po 10-ciu dniach ustąpiły objawy, gorączka i szczękościsk zmniejszyły się znacznie. Po niejakim czasie, gdy się przetoka nie zamykała, zdecydowano się na wyjęcie zęba. Po próbie ekstrakcji, której nie zdołano uskutecznić, wystąpiła bezpośrednio sprawa zapalna z nadzwyczaj silnemi objawami z gorączką wysoką, dreszczami i szczękościskiem. Wezwano wówczas specjalistę, który stwierdził: |7 z głębokim ubytkiem próchnicowym i zgorzelą, bolesny na ucisk. W uśpieniu chloroformowem rozwarto szczęki i ząb usunięto. Stan się nie poprawił, dreszcze występowały częściej, stan komatyczny. Bóle we wszystkich stawach; cztery dni po zabiegu zapalenie płuc i opłucnej po prawej stronie na tle zakażenia, a po ośmiu dniach nastąpiło zejście śmiertelne.

2. *Przypadek Coopmana* — cytowany przez de Smitta. U 8-letniego chłopca wystąpił ropień szczękowy od zęba |6 Zwlekano z ekstrakcją zęba, ponieważ chłopiec nie chciał się jej poddać. Gdy wreszcie wykonano zabieg, okazało się już zapóźno, gdyż w kilka dni potem chory umarł z powodu zakażenia, przyczem wystąpiły ropnie przerzutowe.

3. *Przypadek Could'a* (1886). Britisch Dentel Journal 1886. Przypadek zejścia śmiertelnego po wyjęciu zęba z parulis i szczękościskiem. Stwierdzono ropnie przerzutowe w mózgu w kilku miejscach.

4. *Harrison Allen* wspomina o przypadku, w którym nastąpiła ropowica dna jamy ustnej i śmierć wskutek uduszenia, (według de Smitta).

5. *Homse*[1]) cytuje przypadek ostrego zapalenia okostnej, pochodzącego od zęba w tylnym odcinku szczęki dolnej. Sprawa ropna przeszła na fossa pterygoidea, oczodół i jamę czaszkową. Śmierć nastąpiła wskutek posocznicy.

6. *Pichler* opisuje przypadek ropowicy i posocznicy w związku z leczeniem miazgi. (Z. f. Stom. 1928, 267). — U chorej lat 60 w znieczuleniu madybularnem usunięto miazgę z 321|, założono wkładki. W 2 dni później bolesność na opukiwanie. Równocześnie bóle w lewem podudziu. W 4 dni później z powodu chwiania się zęby usunięto. Temp. 39,6 — r o z l a n y o b r z ę k p r a w e j ż u c h w y i p o d b r o d ą. Następnego dnia rano spadek temperatury, wieczorem podwyżka. Na zewnętrznym brzegu wyrostka zębodołowego niewyraźna fluktuacja. Bóle ograni-

[1]) Według de Smitta.

czone na pośladkach i w prawem podudziu. Nacięcie w vestibulum oris, wychodzi skąpa gęsta ropa. Krwawienie nieznaczne. Następnego dnia spadek temperatury. Ropnie na pośladku i na podudziu nacięte przez chirurga. Na podudziu ropa konsystencji śmietankowej. Mięśnie pośladkowe suche o zabarwieniu brunatnem jakby ugotowane z zatarciem struktury włókien.

W jamie ustnej kość na przestrzeni 3—4 cm obnażona; z okostnej z zębodołu $\overline{21|}$ mała ilość ropy. Dla odpływu łatwiejszego ropy wywiercono w substancji gąbczastej w 2 miejscach otwory.

Z powodu zwiększania się obrzęku pod brodą nacięto w tem miejscu. — Ropy brak. — Następnego dnia poprawa — w 2 dni później nacięcie nacieku na podudziu. Dnia następnego exitus z powodu posocznicy na tle stafilokoków. (Przebieg choroby trwał więc około 10 dni).

7. *Weinmann. Ropne zapalenie okostnej dolnej szczęki.* (Z. f. Stom. 1927, str. 35). 23-letni urzędnik leczył się w lutym na zapalenie prawie wszystkich stawów. Dnia 6. maja wystąpił u niego bardzo bolesny twardy obrzęk lewej części twarzy w okolicy żuchwy, szczękościsk i podwyższona ciepłota ciała, połączona z silnym bólem zębów. Dentysta nie mógł stwierdzić żadnych zmian chorobowych w zębach i odesłał pacjenta na oddział chirurgiczny szpitala, gdzie stwierdzono zapalenie okostnej zęba mądrości z powodu próchnicy i usunięto go w znieczuleniu chlorkiem etylu dnia 18. maja. Ropy nie było. Ciepłota ciała w następnych kilku dniach zupełnie spadła, szczękościsk ustąpił pod okładami z kwaśnej wody. Dnia 27. maja podskoczyła ciepłota ciała na 39^0, pacjent otrzymał 10 cm^3 argochromu wśródżylnie, stan się mimo to pogarsza, powstaje twardy obrzęk bez skłonności do przebicia się na zewnątrz a 3. czerwca nawet dreszcze. Wezwany internista stwierdza posocznicę bez możliwości jej lokalizacji. Pacjent zapada coraz bardziej, skarży się na duszność i bóle w dolnej szczęce. Usunięto drugi trzonowiec, który tak samo jak i usunięty poprzednio ząb mądrości nie wykazywał żadnych zmian chorobowych. Dnia 4. czerwca, w niespełna miesiąc po pierwszem wystąpieniu obrzęku, pacjent zmarł. Sekcja zwłok wykazała: ropne zapalenie obustronne migdałków, ropne zapalenie okostnej lewego kąta żuchwy, świeże zapalenie na zastawce aorty i dwudzielnej, septyczne powiększenie śledziony, zapalenie obu płuc w dolnych płatach. Badanie histologiczne zrobionego przekroju w 3 miejscach mięśni leżących po wewnętrznej stronie gałęzi wstępującej żuchwy, w szczególności mięśnia skrzydlatego wewnętrznego wykazało: wysięk ropny między wiązkami mięśniowemi, który zniszczył włókna mięśniowe i spowodował częściowe zmiany wsteczne w znaczeniu Zenkera. W miejscach, gdzie naciek z białych ciałek krwi znikał, znajdował się obrzęk kolateralny. Miejscami widoczne były daleko rozepchane włókna mięśniowe.

8. *II. przypadek opisany przez Weinmanna* (l. c.). 15-letnia pacjentka miała 1. i 2. września przejściowo, przez kilka godzin trwający szczękościsk, który sam ustąpił, a ponieważ jej matka cierpiała na nawykowe zwichnięcie stawu żuchwowego, nie przywiązywano do tego wcale uwagi. Dnia 5 listopada jednak nastąpił zupełny szczękościsk i silny ból szyi. Wezwany dentysta przypuszczał z początku, że ząb mądrości jest powodem szczękościsku, ale uznał to zaraz za nieprawdopodobne i wezwał następnego dnia laryngologa. Ten stwierdził bardzo niewyraźną mowę, niemożność połykania, silne bóle przy obracaniu głowy i zupełny szczękościsk. Przez otwór między zębami widoczny jest obrzęk migdałka, po lewej stronie, a zapomocą wprowadzonego lusterka stwierdza się także obrzęk podniebienia. Wieczorem tegoż dnia operacja. Obraz

po lewej stronie przedstawia się następująco: Górna połowa ściany gardzieli, miękkie podniebienie aż poza linję środkową, części policzka i mięśnie wokoło żuchwy przylegające do lewego migdałka silnie nacieczone. Punkcja wykonana w kilku kierunkach nie wykazuje obecności ropy. Z powodu możliwości komplikacji ze strony śródpiersia zrobiono natychmiast operację a mianowicie wycięcie migdałka. Ciepłota ciała w następnych dniach powoli spada, połykanie staje się możliwem, szczękościsk natomiast się nie zmniejsza. Równocześnie wytwarza się obrzęk sięgający od kąta żuchwy przez cały policzek, dolną powiekę do linji nosowej i kąta ust. Punkcja wykazuje ropę, przeto nacięcie szerokie ropnia policzkowego od wewnątrz. Jedno cięcie prowadzone równolegle t. j. od okolicy ostatniego trzonowca prawie do kąta ust a drugie cięcie prostopadle w dół do końca pierwszego cięcia t. z. do okolicy kąta ust. Powstały w ten sposób trójkątny płat odgina się w dół. Ropień znajdował się między tkanką tłuszczową. W tylnej ścianie ropnia wyczuwalny nacieczony gruczoł przyuszny. Codziennie przepłukiwano ranę rozczynem Dakina. Podczas gdy ropień policzka aż do 1. października się zmniejszał i obrzęk ustępował, wytwarzał się od tegoż dnia w okolicy dolnego płata gruczołu przyusznego, aż do okolicy kąta żuchwy coraz większy obrzęk przy wzrastającej ciepłocie ciała do 39°. Wykonana punkcja wykazała ropień gruczołu przyusznego. Zrobiono nacięcie w starej ranie z wewnątrz i przeciwległe nacięcie na zewnątrz. Codziennie przepłukiwano ranę i zmieniano seton aż do zupełnego wygojenia, które nastąpiło 11. października w 6 tygodni po zachorowaniu.

W obu wyżej przytoczonych przypadkach mamy ciężki przebieg ropnego zapalenia migdałka z przejściem tego stanu na okoliczne tkanki mięśniowe z wytworzeniem się ropnia w wewnętrznym kącie żuchwy. W obu wypadkach zwrócono się do lekarzy-dentystów, którzy tylko z początku przypuszczali powikłanie przy wykłuwaniu się zęba mądrości. Podczas gdy w pierwszym przypadku chirurdzy szpitalni mieli swoją uwagę zwróconą tylko na żuchwę i zęby trzonowe i nie mogli zapobiec zejściu śmiertelnemu, to w drugim przypadku trafne rozpoznanie i szybka decyzja co do zabiegów chirurgicznych przyczyniły się do uratowania życia. Szczękościsk, który w obu przypadkach naprowadził lekarza na złą drogę wnioskowania, jest więc jak widzimy, niczem innem jak tylko objawem szeregu rozmaitych stanów anatomo-patologicznych ze zmianami bądźto w samym stawie szczękowym, co jest bardzo rzadko, lub w mięśniach tegoż stawu bądź też w sąsiednich tkankach. Zróżniczkowanie rozpoznania nie jest trudne. Szczękościsk mogą wywołać zarówno zmiany w zębach trzonowych jak też zmiany w sąsiednich tkankach i w migdałkach. Ze schorzeń mięśni wywołujących szczękościsk wchodzi w rachubę przedewszystkiem mięsień skrzydłowaty wewnętrzny. Większy lub mniejszy naciek między jego wiązkami i włóknami powoduje kurczenie się całego mięśnia, a drogą bolesnego odruchu przychodzi do zmniejszenia się jego funkcji; do szczękościsku.

9. *Przypadek opisany przez dr. K. Atlasa,* Pol. Dent. 1927, str. 107. — *Ropowica ostra z zejściem śmiertelnem pochodząca od* |8̄ *Zajęte przestrzenie: podszczękowa, okolica przyczepu m. żwacza, mięśni policzkowych, przestrzeń podskroniowa.*

12. I. 1927 zgłasza się chory z bólem zęba w szczęce dolnej lewej. Stwierdzono obrzęk podszczękowy, bolesność gruczołów, szczękościsk I stopnia. |8̄ pokryty koroną, bolesny na ucisk, rozchwiany. Koronę zdjęto, ząb otwarto, zaopatrzono wkładką kamfenolową. Temperatura 37,4. (Lekarz I).

13. I. Temperatura 37,8°, bóle większe. W znieczuleniu mandybularnem usunięto |8̄ (Lekarz I. Stomatolog).

14. I. Temperatura rano 37,1°, wieczorem 38,1°. Bóle w okolicy podżuchwowej, gdzie wymacalne pakietowo zlane, powiększone gruczoły chłonne podżuchwowe, bolesne przy nacisku. — Naświetlanie lampą Sollux powiększa ból. Antineuralgica są bezskuteczne. Badanie w kierunku ostitis i osteomyelitis wypadło negatywnie.

16. I. Stwierdza się dalszy rozwój sprawy podżuchwowej. Okłady z kwaśnej wody. Wyłyżeczkowanie i zasetonowanie rany poekstrakcyjnej, pomimo, że wygląd jej był prawidłowy; tkanka zębodołu nie wykazała żadnych zmian makroskopowych

17. I. Konsyljum lekarza ordynującego z II-gim lekarzem (chirurgiem) i III-cim lekarzem (chirurgiem-stomatologiem). Wykluczono ostitis. Sprawę całą sprowadzono na zajęcie gruczołów podżuchwowych, gdzie wytwarza się ropień. Badanie moczu negatywne. Celem zlokalizowania sprawy zaordynowano szczepionkę Delbeta: Propidon w trzech dawkach po 2, 3 i 4 cm³ w przerwach dwudniowych.

18. I. Silna reakcja po propidonie. Temperatura 40°.

19. I. Wystąpił ropień w przedsionku jamy ustnej w okolicy |6 i 7. Wykonano nacięcie wśródustnie. Wydzieliła się cuchnąca ropa w niewielkiej ilości. Zasetonowanie ran. Zmniejsza się bolesność, również szczękościsk i naciek podszczękowy. Wieczorem temperatura 37,6°.

20. I. Pogorszenie stanu. Twardy naciek w mięśniu żwaczu w okolicy jego przyczepu i bolesność. Wyczuć można tamże chełbotanie, tak samo w policzku na wysokości fossa canina. Dreszcze.

21. I. Konsyljum ponowne. I-szy lekarz stomatolog ordynujący, II-gi chirurg, III-ci chirurg, IV-ty chirurg-stomatolog. Jednomyślnie zadecydowano wykonać nacięcie od zewnątrz wobec zajęcia okolicy podżuchwowej i policzkowej. Wykluczono ostitis. Operuje lekarz II-gi, chirurg, w narkozie eterowej. Cięcie 5 cm długie równoległe do dolnej krawędzi żuchwy w odległości 2 cm od tejże. Otwarto na tępo oba ogniska. Wypłynęła gęsta, cuchnąca ropa w znacznej ilości. Założono setony jodoformowe. Okład wysychający.

Po zabiegu stan chorego się poprawił, objawy zapalne się cofają, szczękościsk się utrzymuje.

Czwartego dnia wystąpił obrzęk w okolicy podskroniowej, reszta objawów niezmieniona. Wysoka temperatura (nieokreślona).

25. I. Zawezwano lekarza VI-go (chirurga-stomatologa z Wiednia). W narkozie eterowej wykonano 5 nacięć: 1) po nacięciu błony śluzowej wzdłuż lewego odcinka żuchwy do okolicy |5 wydłutowano zewnętrzną blaszkę kostną, rozchwiane zęby usunięto; 2) cięcie głębokie wzdłuż ramienia wstępującego do proc. condyloideus i przyczepu m. temporalis; 3) cięcie od zewnątrz za uchem w pobliżu wyrostka sutkowego, przewodem pod tkankami miękkiemi połączono je z cięciami poprzedniemi; 4) pod kątem żuchwy; 5) w okolicy podbródkowej połączone z poprzedniem. Założono dreny, wstrzyknięto surowicę. R o p y n i e s t w i e r d z o n o. Temperatura wieczorem 37,6°; Dogląd i opatrunki obejmuje lekarz II-gi (chirurg).

26. I. Zmiana opatrunku.

27. I. Temperatura 39,4°, po opatrunku spadła. Wstrzyknięto surowicę, potem temperatura 39°. — 28. I. Stan ten sam.

29. I. Wstrzyknięto surowicę, temperatura 39°, od tego czasu temperatura z lekkiemi remisjami utrzymuje się na wysokości powyżej 39°, w nocy dochodzi do 41°.

30. I. Wstrzyknięto 40% urotropiny wśródżylnie i autohema (12 cm³). Stosowanie środków nasercowych działa przez krótki czas. Próba krwi według Schillinga wykonana po raz trzeci wynik niepomyślny. Przytomność chorego utrzymana.

4. II. Lekarz VII. (chirurg). Z powodu stwierdzenia zaułka, w narkozie chloretylowej cięcie zauszne w kierunku podstawy czaszki, odsłonięcie zupełne żuchwy od strony zewnętrznej. Ropy nie stwierdzono. Temperatura wieczorem 40°, utrata przytomności.

5. II. Exitus. Od otwarcia zęba do zejścia śmiertelnego upłynęło 24 dni, od nacięcia zewnętrznego I. do zejścia 19 dni.

Opisujący przypadek dr. Atlas podaje następującą epikryzę: „W niniejszym przypadku rozgrywały się równolegle w organizmie pacjenta dwa procesy chorobowe: proces ropny lokalny i proces septyczny ogólny. Z tego też powodu objawy zakażenia ogólnego występywały zamazane, niewyraźnie, na tle ropienia miejscowego. Łatwiej jest obecnie post factum zrekonstruować przebieg choroby, niż w czasie trwania tejże zorjentować się w całości zacierających się poszczególnych objawów. Operację drugą i trzecią uważam obecnie za bezcelową. W rzeczywistości wykonanie ich nie uprzystępniło żadnego nowego ogniska.

Z opisanej powyżej historji choroby wynika też dowodnie, że o ile w przebiegu ropowic pochodzenia zębowego po należytem otwarciu ognisk ropnych objawy w krótkim czasie nie ustępują należy liczyć się z zakażeniem ogólnem mimo braku wyraźnych objawów klinicznych w tym kierunku“.

10. *Przypadek ropowicy szczękowej ze zejściem śmiertelnem opisany przez Lemaitre'a i Ruppe'a.*

W trzy tygodnie po wyjęciu ⌈5 wyczuwa chory bóle w okolicy ⌈6 który nie wykazuje zmian. Lekarz dentysta wykonał nacięcie od wewnątrz, poczem bóle się zmniejszyły. Powstaje szczękościsk i obrzęk w okolicy podżuchwowej. Chory zgłasza się dnia 31. V. do szpitala. Tamże stwierdza się obrzęk, obejmujący okolicę podbródkową i podżuchwową, ograniczającą się jednak tylko do strony prawej. Nie stwierdza się fluktuacji. Chory otworzyć może szczęki na szerokość 1 cm. Nie stwierdza się zmian w okolicy dna języka. Po wyjęciu ⌈6 który na zewnątrz zmian nie wykazuje, wydziela się ropa z zębodołu. (Brak opisu stanu miazgi i wyniku badania uzębienia prądem faradycznym). Nakłucie z zewnątrz nie wykazuje ropy. Stan ogólny chorego na ogół dobry. Dnia następnego występują wybitne zmiany, wskazujące na ogólną intoksykację. Obrzęk przechodzi na lewą stronę aż do okolicy podżuchwowej i lewej okolicy szyjnej. Zmian na dnie jamy ustnej nie stwierdzono. Ruchy języka są swobodne. Nacięcie półkuliste wzdłuż trzonu żuchwy, drugie nacięcie wzdłuż lewego m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Naciek cuchnący, mięśnie zielonkawe w stanie zgorzeli. Po prawej stronie, skąd sprawa chorobowa znalazła swe wyjście, otrzymuje się palcem dostęp do przestrzeni podżuchwowej dochodzi się do zbiornika ropy, przyczem można otrzymać kontakt z kością żuchwową obnażoną. Stała irygacja. Seroterapja. Następnie rozwija się sprawa w okolicy podobojczykowej.

5. VI. zejście śmiertelne.

L e m a i t r e i R u p p e zaliczają sprawę tę do ropowic rozwijających się pod mięśniem żuchwowo-gnykowym z dalszem szerzeniem się w okolicy m. mostkowo-obojczykowo-żuchwowego.

Z opisu należy wnioskować, że zachodziło zapalenie szpiku kostnego trzonu żuchwy, które przebiło się do przestrzeni podżuchwowej przez otwór bródkowy do powierzchownych warstw okolicy bródkowej. Brak badania prądem faradycznym, które by wskazywało na rozmiar zajętych obszarów szczęki. Głębokie otwarcie prawej przestrzeni podżuchwowej nastąpiło dopiero czwartego dnia po przyjęciu do szpitala, kości żuchwowej nie oddłutowano, nie stwierdzono istotnej przyczyny.

Co do obrazu klinicznego i mechaniki powstawania obrzęków należy zrobić następujące uwagi.

Istnieje możność szerzenia się spraw ropnych w okolicy brody w warstwach powierzchownych z tendencją zajęcia także okolicy podszczękowej. Sprawy osteomyelityczne w przednim odcinku trzonu aż do okolicy przedtrzonowych zębów spowodować mogą powierzchowne nacieki ropne, rozwijające się pod powierzchowną blaszką powięzi szyjnej zewnętrznej i pod m. podskórnym szyji (platysma), przyczem przedostanie się ropy na zewnątrz przez grubą blaszkę istoty zbitej kości ułatwiają maleńkie otwory odżywcze, znajdujące się w blaszce zewnętrznej kości żuchwowej poniżej szczytów korzeni zębów przednich jak i wielkie otwory boczne — bródkowe. Droga dla nacieków ropnych w stanach ostrych jest ta sama, którą obserwujemy przy stanach przewlekłych przy t. zw. ropniach bródkowych.

Powikłania występują wówczas, jeżeli przyjdzie zawczasu do zajęcia przestrzeni podżuchwowej obustronnie a istotne źródło zakażenia nie zostanie wykryte. Jadowitość drobnoustrojów i słaba odporność chorego mogą spowodować zejście śmiertelne jak w przypadku opisanym przez Lemaitre'a i Ruppe'a.

11. *Lemaitre i Ruppe opisują jeszcze i drugi przypadek z zejściem śmiertelnem* przy ropowicy wychodzącej od 2-giego lewego dolnego zęba trzonowego wskutek zakrzepu i krwawienia z zewnętrzej żyły szyjnej. Po wyjęciu 2-giego zęba trzonowego obrzęk twarzy zwiększył się w dniach następnych, obejmując okolicę brody i lewą podszczękową. Twarz blada, objawy septyczne, ciepłota 38.5°, szczękościsk, bóle przy połykaniu, dno języka wolne. Punkcja od zewnątrz dnia następnego; szerokie nacięcie 6—8 cm długie pod trzonem żuchwy; dno rany zgorzelinowe. Palcem dochodzi się w głębi do obnażonej wewnętrznej strony kości szczękowej.

W 3 dni później obrzęk przechodzi na drugą stronę. Rozszerzono ranę. W następnych trzech dniach obrzęk sięga do piersi i obejmuje także okolicę skrzydłowatą. Nacięcie w okolicy szyi i mostka. Dno szerokiej rany czarne jakby posmarowane smołą. Zapalenie zakrzepowe venae iugularis. ext. W dwa dni później zejście śmiertelne. Przebieg zatem wzdłuż wielkich naczyń od okolicy podżuchwowej. Badanie krwi nie jest podane. Można mieć podejrzenie na białaczkę, przy której spotykamy objawy zgorzeli tkanek w obrębie pewnego naczynia, wywołane skrzepem. Autorowie upatrują przyczynę w wybitnej jadowitości drobnoustrojów i słabej odporności organizmu.

Wykaz piśmiennictwa podany jest w książce prof. Cieszyńskiego: „O ropowicach szczękowych" — Lwów, 1931.

ZJAZDY W ROKU 1932 i 1933.

1932.

23 — 26 maja. Parma. Congresso della Societa Italiana di chirurgia della bocca e di ortopedia dentofaciale. (Przewodniczący prof. Corradi). Równocześnie doroczne posiedzenie Wydziału Wykonawczego A. S. I.

18 — 20 maja. Środa — piątek. Bonn „Zentralverein Deutscher Zahnärzte“. Temat główny: Zastąpienie ubytków protezą w szeregu zębów. Referent: Kantorowicz.

19 — 20 maja. Bonn. Deut. Ges. f. dentale Anatomie u. Pathologie.

Rzym. Congresso della Federazione stomatologica Italiana. — Otwarcie Instytutu higjeny dent. Eastmana.

Październik, Paryż. VII. Francuski Zjazd Stomatologiczny., zob. Pol. Stom. str. 80.

2 — 8 sierpnia. Zurych. F. D. I. Doroczne posiedzenie Wydziału Wykonawczego.

1933.

Poznań. VI. Polski Zjazd Stomatologiczny jako sekcja stomatologiczna Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich; równocześnie: **I. Zjazd Słowiańskich Stomatologów.**

1934.

Bolonja. II. Kongres Międzynarodowego Zw. Stom. A. S. I.

Sprostowanie do oceny książki dra L. Brennejsena „Higjena zębów i jamy ustnej“ w Pol. Stom. 1932, str. 89: Pierwsze wydanie tej książki ukazało się nie przed 10-ciu laty, ale przed 23 laty, t. j. w r. 1909.

WSPÓŁPRACOWNICY POLSKIEJ STOMATOLOGJI W R. 1931. (Collaboteurs) Allerhand (Lwów), Andresen (Oslo), Appleton (Filadelfja), Atlas (Lwów), Asgis (New York), Beretta (Bologna), Cavina (Bologna), Coën-Cagli (Rzym), Cybulski (Warszawa), Cieszyński (Lwów), Dobrzański (Lwów), Dobrzaniecki (Lwów), Ennis (Filadelja), Gombiński (Warszawa), Gorczyński H. (Lwów), Gratzinger (Wiedeń), Gruca (Lwów), Haber (Berlin), Guy (Edinburg) Haderup (Kopenhaga), Hilarowicz H. (Lwów), Huet (Bruksela), Ivy H. (Filadelfja), Jaccard (Genewa), Jankowski Miecz. (Lwów), Jarząb (Poznań), Karnibad (Warszawa), Lippel (Wiedeń), Loth E. (Warszawa), Mamlok (Berlin), Melchior (Kopenhaga), Morelli (Budapest), Muzi (Bologna), Nord Ch. (Kopenhaga), Ottesen (Oslo), Palazzi S. (Milano), Parma (Praga), Piperno (Rzym), Prinz H. (Filadelfja), Riha (Innsbruck), Salomon (Budapeszt), Szabó (Budapeszt), Szymonowicz J. (Lwów), Tellier (Lyon), Wilga (Warszawa), Zemski (New-York) i Zeńczak (Warszawa).

Z Kliniki Stomatologicznej Uniw. J. Kazimierza we Lwowie.
Kierownik: **Prof. Dr. A. Cieszyński.**

Dr. H. ZIPPER. LWÓW.

INTERESUJĄCY STOMATOLOGA PRZYPADEK TWARDZIELI SZCZĘKI GÓRNEJ [1]).

Un cas de sclérome du maxillaire supérieur.

Ein Fall von Sclerom des Oberkiefers von stomatologischem Interesse.

Doc. pol. 27.12.

Jakkolwiek twardziel, jako schorzenie nosa, gardzieli i górnych dróg oddechowych należy do domeny rinologa, to jednak zachodzą wypadki, na które baczną uwagę zwrócić musi także stomatolog. Jest to zrozumiałe, bo chodzi tu o schorzenie części przyległych jamy ustnej i uzębienia ludzkiego. Ważne są szczególnie te rzadkie przypadki, kiedy chory nieleczony lub bez poprzedniego rozpoznania u specjalisty zwraca się do stomatologa ze zwykłą jakąś sprawą zębową. Tutaj brak djagnozy wywołać może przykre następstwa przy zabiegach dentystycznych. Opiszę właśnie taki przypadek, który się zdarzył w Klinice dentystycznej Lwowskiej jeszcze w r. 1914. Powodem, że go dawniej nie opisałem, były okoliczności, które się wtedy zeszły z wybuchem wojny światowej i następnem niefunkcjonowaniem Kliniki. Materjał opisany wtenczas zaginął wśród ogólnej zawieruchy, udało mi się jednak odnaleść skrócone zapiski, na podstawie których ten rzadki przypadek opiszę.

Na wiosnę r. 1914 zgłosiła się pacjentka M. S. lat 26, osoba niewidoma, utrzymywana w Zakładzie publicznym dla ubogich, celem uzupełnienia uzębienia dostawką.

Po zbadaniu jamy ustnej okazało się, że trzeba będzie usunąć cały szereg korzeni i zepsutych zębów. W okolicy siecznych zębów górnej szczęki znajdował się naciek zapalny blady, nieco rozpostarty, ale ograniczony. Zresztą na podniebieniu żadnych zmian nie spostrzeżono. Podczas ekstrakcji pierwszego siecznego lewego zęba wymknął się korzeń i zniknął ku górze. Zgłębnik wykazał ubytek wielkości grochu ponad zębodołem, sięgający prawie do środkowej jamy nosowej. Na zdjęciu roentgenowskiem znajdował się ów odłamek korzenia powyżej szczytów korzeni sąsiednich zębów. Wykonano zatem nacięcie na wysokości przedsionka jamy ustnej, wydłutowano blaszkę zewnętrzną wyrostka zębodołowego i usunięto korzeń. Podczas zabiegu zwróciła uwagę kruchość kości, zajęcie okolicy w obrębie 20 groszówki przez masę gąbczastą, podobną do nowotworu, a w dotyku do spróchniałego drzewa.

Był to przypadek niewątpliwie nietypowy, należący do anomalij, bo pacjentka nie wykazywała żadnych zmian zewnętrznych na skórze nosa, policzków i twarzy, w nosie i gardzieli; oprócz chronicznego kataru ropnego,

---

[1]) Rzecz wygłoszona na zebraniu naukowem „Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej“ dnia 12 grudnia 1931.

nie spostrzegliśmy nic więcej. W jamie ustnej był tylko naciek gąbczasty, nieco ropiący na podniebieniu. Zazwyczaj znajduje się początek twardzieli w jamie nosowej, w gardzieli, w okolicy choan, a stąd rozpościera się dalej na krtań, na jamę ustną, na tchawicę, a także z otworów nosowych zewnętrznych na zewnątrz: na skórę twarzy, nosa i okolicy. U nas widocznie był przypadek, którego przebieg był odwrotny. Początek schorzenia znajdował się w jamie ustnej, a stąd szedł drogą z dołu do góry, do jamy nosowej, atakując zarazem substancję kostną podniebienia i podstawę jamy nosowej, która była gąbczasta, cieńka, łamliwa, podatna i wiotka. Gdyby nie wymknięcie się korzenia zębowego do jamy nosowej podczas ekstrakcji, które musiało zastanowić operatora, nie byłoby przyszło do djagnozy, gdyż same oznaki zewnętrzne i po części wewnętrzne nie pozwalały wnioskować na tak ciężkie schorzenie.

Zazwyczaj są wybitne zmiany, polegające na nacieku powierzchownych i głębszych warstw skóry i błony śluzowej z następowemi skurczeniami i bliznami, choroba wywołana specyficznemi drobnoustrojami, bac. skleromat. Frischa. Prawda, że przebieg twardzieli jako choroby zapalnej nadzwyczaj przewlekłej wykazuje okresy, gdzie zmiany anatomiczne są mniej wybitne — w naszym wypadku były one nader małe, prędzej przemawiające za luetycznemi, które są wogóle podobne do twardzielowych.

Tutaj tylko okoliczność wymknięcia się i zniknięcia zęba podczas ekstrakcji zwróciła uwagę na jakąś sprawę chorobową, znajdującą się w substancji kostnej i w blaszce wyrostka zębodołowego, a znalezienie korzenia w jamie nosowej i okoliczności, towarzyszące operatywnemu wyjęciu korzenia, zwróciły uwagę i spowodowały badanie anatomiczno-patologiczne.

Wypadek był to zatem niezwykły, ponieważ postęp schorzenia wykazywał kierunek z dołu ku górze, zamiast odwrotnie oraz dość rzadką obecność zmian substancji kostnej, gdy normalnie nacieki i zmiany twardzieli obejmują przeważnie części miękkie błon śluzowych i skóry zewnętrznej. Zrozumiałem jest atoli, że przy chorobie tak przewlekłej z częstemi nawrotami przebiegającej, może z powodu powtarzających się stanów zapalnych i długotrwających nacieków, ucierpieć także blaszka kostna podniebienia i spowodować z powodu kruchości wymknięcie się zęba do jamy nosowej podczas ekstrakcji.

Zrekonstruowałem opis tego wypadku twardzieli dla stomatologa ciekawy, ale ograniczyć się musiałem na samym opisie, bo zdjęcia fotograficzne i roentgenowskie bardzo zajmujące zaginęły niestety podczas pobytu wojsk rosyjskich w Klinice Lwowskiej.

KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński. przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Brill, Dr. Gorczyński — Z Klin. Stom. U. J. K.: Dr. A. Bardaszówna i Dr. Jankowski — Członkowie korespondenci: Dr. med. dent. Józef Jarząb, zast. prof. (Poznań), Dr. Lippel (Wiedeń), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Dr. Władysława Skutecka (Poznań), Dr. Marjan Zeńczak, zast. prof. (Warszawa).

WYDAWCA: **Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.**

Ruch naukowy w Towarzystwach.

I. POSIEDZENIE NAUKOWE W ROKU AKAD. 1931/32 ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW IZBY LEKARSKIEJ LWOWSKIEJ W DNIU 14-go LISTOPADA 1931 ROKU. — SPRAWOZDANIE.

Société stomatologique de Lwów. Compte rendu des séances mensuelles du 14. XI. 1931, 12. XII. 1931, 19. I. 1932 et 21. III. 1932.

Bericht über die wissenschaftl. Sitzungen im. akad. Jahr 1931/32 des Stomatologen-Vereins in Lwów am 14. XI. 1931, 12. XII. 1931, 19. I. 1932 u. 21. III. 1932.

Doc. pol. 9.33. Doc. int. 616, 31 : 614, 225, 3.

Demonstracje z Kliniki Stomatologicznej Uniw. J. Kazimierza:

Dr. Mieczysław Jankowski, adjunkt Kliniki Stomatologicznej Uniw. J. K. przedstawił następujące przypadki:

Dwa przypadki z przetoką policzkową gruczołu ślinowego przyusznicowego z wysiękiem ropnym.

P r z y p a d e k 1. (R. A. — lat 28, handlowiec, Nr. klin. 966/31). Na policzku poniżej kości jarzmowej przetoka z wysiękiem ropnym, wylot na szerszej przestrzeni podminowany i kilka mniejszych ropni podskórnych oraz wyprysk sięgający od dolnego brzegu oczodołu do kąta żuchwy. Sprawa powstała jako zejście po ropowicy, pochodzącej od zęba górnego trzonowego; wyprysk zaś spowodowany był ciągłym wysiękiem śliny z domieszką ropy. Badaniem mikroskopowem wykluczono promienicę.

Leczenie było następujące:

1. Usunięcie wyprysku — pod zasypką kseroformową.
2. Następnie otwarto ropień i wyłyżeczkowano, głębsze setonowanie gazą zwilżoną fenolem kamforowym.
3. Wydzielanie śliny zmniejszono trzykrotnem naświetlaniem Roentgena.
4. Po ustąpieniu ropienia utworzono sztuczny wylot przyusznicowy do przedsionka jamy ustnej przez przecięcie policzka od wewnątrz i założenie drenu prowadzącego na zewnątrz przetoki, który przymocowano jedwabiem. Po 3 dniach skrócono wystający dren od strony zewnętrznej, a po następnych 5 dniach wyjęto dren. Ślina wydzielała się odtąd do jamy ustnej a przetoka zewnętrzna zagoiła się po 20 dniach.

P r z y p a d e k 2. (D. B. — lat 23, rolnik. Nr. klin. 1034/31). Przetoka ślinowa przyusznicy z wysiękiem ropnym powstała jak w przypadku poprzednim jako zejście po ropowicy policzka, pochodzącej od górnego zęba trzonowego. Zgłębnikiem dojść można do fossa pterygopalatina, gdzie było źródło wysięku ropnego. Dlatego należało najprzód to pierwotne ognisko usunąć. W tymże celu otwarto okolicę pozaszczękową na wysokości przedsionka i przeprowadzono dren. Przewód prowadzący do tegoż ogniska wyłyżeczkowano i założono również dren. Następnie leczono setonowaniem i naświetlaniem Roentgena. Pomimo leczenia podczas trzech tygodni nie zdołano usunąć przetoki licowej. Chory pozostaje w dalszem leczeniu

i zostanie przedstawiony na następnem posiedzeniu, dla lepszego poglądu na przebieg leczenia.

Dnia 19. I. 1932 przedstawiono chorego ponownie.

Wygojenie zupełne przetok nastąpiło po kilkakrotnem przestrzykiwaniu rivanolem, wlewaniu do przetok kamfenolu, presojodu i jodgliceryny, oraz wyłyżeczkowaniu; wydzielanie powoli się zmniejszało, dopiero po 4 naświetleniu promieniami Roentgena zupełnie ustało. Dawka ogólna wynosiła $1^{1}/_{3}$ dawki rumieniowej skóry. Plastyka kosmetyczna wygojonych przetok nastąpi dopiero za parę miesięcy, ze względu na możliwość zakażenia w obecnem stadjum.

Łącznie z przypadkami 1) i 2) wygłosił prof. **Cieszyński** na posiedzeniu w dniu 14 listopada 1932 referat na temat:

Jeszcze kilka uwag dotyczących spraw ropnych w okolicy pozaszczękowej górnej. (Ukaże się w całości w „Polskiej Stomatologji“ i przedstawił **martwicę szczęki dolnej po naświetleniu radem celem leczenia raka języka.** (Przypadek 3. — B. S. lat 53, urzędnik. Nr. klin. 3638/31).

Przed 9-cioma miesiącami leczono chorego, liczącego lat 51, nakłuciami igłami radowemi celem leczenia raka (Ca. planocellulare) wielkości dwuzłotówki w przednim odcinku języka. Terapja ta w tejże okolicy daje według Regaud a w 60% przypadków pomyślne wyniki. I w tym przypadku wynik — jak dotąd jest pomyślny. Wszelkie objawy pierwotnie umiejscowione na języku zanikły zupełnie. Po 2 miesiącach przybrał chory podczas 5-ciu tygodni 8 kg. Po zagojeniu się zmian wszelkich na języku pozostało jednak obumarcie wewnątrz blaszki szczęki dolnej poniżej korzeni pozostałych przednich zębów, gdzie widoczna jest biała kość na przestrzeni owalnej 12×20 mm. Zęby 3 2 1 | 1 2 3 wykazywały jeszcze po 9-tym miesiącu odczyn dodatni na prąd faradyczny. Chwiały się jednak | 1 2 3 gdyż istniały już poprzednio zmiany parodontalne 2-go stopnia. Ponieważ i obecnie stwierdzono wysięk ropny z torebek dziąsłowych tychże zębów i mały gruczoł podszczękowy po prawej stronie, wielkości fasoli, który sprowadzono na wydzielanie się martwiaka, zdecydowano się na usunięcie sekwestru. Ażeby stworzyć lepsze warunki wygojenia się niezagojonej okolicy szczęki, zdecydowano się na wycięcie wyrostka zębodołowego na przestrzeni 3 2 1 | 1 2 3 po odpreparowaniu błony śluzowej zewnętrznej wyrostka zębodołowego, którą to zużyto na pokrycie kości aż do okolicy podjęzykowej.

Przy naświetlaniu radem nowotworów języka i szczęki musimy się zawsze liczyć z możliwością martwicy szczęki, jeżeli zaaplikujemy dostateczną ilość energji promieniującej. Przypadek demonstrowany jest przypadkiem drugim na 15 przypadków leczonych radem dotychczas w Klinice Stomatologicznej lwowskiej. W pierwszym mieliśmy Ca na pograniczu wyrostka zębodołowego, dna jamy ustnej i łuku podniebiennego. I w tym przypadku przyszło po radjoterapji do wyleczenia się sprawy pierwotnej; gdy po 9-ciu miesiącach wystąpiła wznowa, naświetlano poraz wtóry radem, a w cztery miesiące później pokazały się pierwsze objawy martwicy żuchwy. Martwiak został usunięty drogą operatywną. (Szczegóły dotyczące tegoż przypadku w pracy: Cieszyński-Meisels: Polska Gazeta Lekarska 1932 (w druku)).

Przypadek 4. M. K. lat 40 — rolniczka. Nr. 1751/31:
Ropne zapalenie jamy szczękowej lewej z obrzękiem policzka, podwyższoną ciepłotą i bólami neuralgicznemi (demonstrował **Prof. Cieszyński**).
Zgłasza się z obrzękiem policzka lewego i bolesnością na ucisk. Z zębodołu usuniętego przed 6-ciu miesiącami |6 małą przetoką uchodzi ropa jakoteż i nosem. Na wykonanem zdjęciu roentgenowskiem stwierdzono zaciemnienie lewej jamy szczękowej, co potwierdziło prześwietlenie, dając cień sięgający pod oczodół. W znieczuleniu do foramen infraorbitale nacięto nad fossa canina błonę śluzową, wydłutowano blaszkę kostną, wyskrobano zserowaciałe masy wraz z uklejami, poczem założono jeden szew. Przez 10 dni przestrzykiwano, po tym czasie przy zupełnym braku wydzieliny w znieczuleniu do foramen infraorbitale po odświeżeniu brzegu poprzedniego cięcia zamknięto ranę definitywnie.

Łącznie z tym przypadkiem wygłosił prof. **Cieszyński** referat na temat:

Kilka uwag w sprawie leczenia ropnego zapalenia jamy szczękowej (z pokazami). (Streszczenie).

1. Pod względem djagnostycznym powinno się stosować — w szerszym zakresie, aniżeli to się czyni dotychczas — prześwietlanie jamy szczękowej zwykłą lampką elektryczną w ściemnionym pokoju. Metoda ta zawodzi tylko w tych przypadkach, w których mamy przed sobą z przedniej strony grubszą blaszkę kostną jako ścianę zewnętrzną jamy szczękowej, która nam daje większe zaciemnienie nawet przy jamie szczękowej zdrowej. Odmianę tę anatomiczną spotykamy jednak bardzo rzadko. Zaciemnienie może być także spowodowane obrzękiem twarzy. Pewniejszą metodą jest zdjęcie roentgenowskie w układzie potyliczno-przednim; na zdjęciu występują zaciemnienia przy wysięku surowiczym jak i ropnym w jamie szczękowej. Najpewniejszą metodą jest nakłucie, bądź to na wysokości przedsionka od zagłębienia kłowego, bądź też od wewnętrznej strony nosowej. Bardzo wybitne zaciemnienie przy zwykłem prześwietleniu daje natomiast seton, wprowadzony po operacji do jamy szczękowej. Zauważyć jednak należy, że nawet po operacji od zagłębienia kłowego utrzymuje się zaciemnienie dłużej przy zwykłem prześwietleniu zwykłą lampą elektryczną (diafanoskopji) nawet po wypuszczeniu zropiałej treści, jak długo błona śluzowa wykazuje jeszcze obrzęk; zaciemnienie to nie różni się prawie w niczem od stanu poprzedniego, nawet gdy blaszka kostna została od zewnątrz kości szczękowej wyciętą i utworzone okno do przedsionka jamy ustnej.

2. Operacja Coopera, czy też otwarcie jamy szczękowej od zagłębienia kłowego?

Stomatologowie są skłonni do otwierania jamy szczękowej od wyrostka zębodołowego drogą trepanacji, a więc stosownie do metody Coopera. Metody tej nie mogę polecić. Należy ją najwyżej ograniczyć do przypadków, w których wysięk jest surowiczy albo ropno-płynny, przy przypadkowem otwarciu jamy szczękowej podczas ekstrakcji.

Dla przypadków, w których ropa ma charakter gęsty, serowaty lub w stanach przewlekłych, w których mogło przyjść do wytworzenia uklei,

metoda ta się nie nadaje. Należy oddać pierwszeństwo otwarciu od zagłębienia kłowego, przyczem otrzymuje się dobry pogląd na jamę szczękową i można łyżeczką usunąć złogi zserowaciałe i ukleje. Zarazem można usunąć pionowe, poprzeczne przegrody, niekiedy napotykane, które, przedzielając jamę szczękową, tworzą zbiorniki oddzielne i uniemożliwiają zupełne wypłukanie treści przez otwór w wyrostku zębodołowym po operacji Coopera. Przypadek przedstawiony (Nr. kl. 1751/31, rolniczka, Karolina M., lat 40), wykazuje wyraźnie, że można po otwarciu jamy szczękowej od zagłębienia kłowego nawet dwukrotnie wyłyżeczkować i dwukrotnie wypłukać jamę szczękową a jeszcze znajdą się w zaułkach szczególnie w zatoce jarzmowej i na wysokości krawędzi podoczodołowej i po stronie ściany środkowej skłębione masy serowate, które usuwa się dopiero za trzeciem lub czwartem przepłukaniem podczas samego zabiegu operacyjnego.

Ukleje w jamie szczękowej wielkości grochu lub nawet fasoli spotyka się niemal przy każdem przewlekłem zapaleniu ropnem jamy szczękowej, które przez kilka miesięcy istnieje. I te wymagają celem ich usunięcia szerszego dostępu.

Przy otwarciu od zagłębienia kłowego należy cięcie prowadzić długie od 2-go do 6-ego zęba, na wysokości sklepienia przedsionka, odsłonić wysoko ścianę przednią kości szczękowej, trzymać się bardzo lateralnie, a więc powyżej trzonowca i 2-giego dwuguzkowca. Nawiercenie ściany wiertłem różyczkowem tworzy zaczep dla dłutka, którem wycina się okno w obrębie 20-to groszówki. Resztę brzegów wycina się najlepiej Luerem albo odpowiednią sztancą. Lepiej założyć pierwotnie mniejsze okno, które można następnie powiększyć, aniżeli za wielkie. Jeżeli zachodzi potrzeba szerszego otwarcia to droga ta umożliwi otwarcie w dalszym ciągu jamy szczękowej do nosa środkowego i zastosowanie operacji sposobem Caldwell-Luca.

3. Zaopatrywanie otwartej jamy szczękowej i dalszy tok leczenia. Przy ropnem zapaleniu setonuje się pierwsze 2 dni gazą, zwilżoną fenolem kamforowym. Gaza przylegająca do błony śluzowej szybciej prowadzi do wygojenia się błony śluzowej aniżeli wyłącznie przepłókiwanie. Następny opatrunek może być pokryty Propidexem. Przy zmianie opatrunku wystrzykujemy jamę szczękową bądź to 1% H_2O_2, bądź też rozczynem jodowym P_4 lub rozczynem nadmanganianu potasu, a w końcu roztworem fizjologicznym soli. Po ustaniu wysięku zaszywamy ranę prowadzącą z przedsionka do jamy szczękowej.

4. Znieczulanie. Najlepsze wyniki otrzymujemy przeprowadzając znieczulenie do Foramen rotundum. Można obrać drogę jedną z trzech dróg poleconych albo powyżej, albo poniżej łuku jarzmowego albo przez Foramen palatinum (Nivard,Carrea). Dobre znieczulenie otrzymujemy również wstrzykując poza guz szczękowy i od okolicy otworu podoczodołowego. W klinice Lwowskiej obieramy zazwyczaj drogę ponad łukiem jarzmowym.

5. Ciała obce, korzenie przepchnięte do jamy szczękowej usuwamy zazwyczaj drogą od zagłębienia kłowego.

Następnie przedstawił dr. Mieczysław **Jankowski. Dwa przypadki ropowic w przestrzeni policzkowej i przyusznicowej bez zajęcia przestrzeni podszczękowej** pochodzące od dalszych zębów trzonowych.

P r z y p a d e k 5. Ch. J., 9-letnia uczenica — nr. 928/31 i
p r z y p a d e k 6. Ch. J., 22 letnia służąca — nr. 1621/31.
Obie wyleczono po usunięciu zębów z ziarniniakami, setonowaniu zębodołu, stosowaniu termoterapji w ciągu 1 tygodnia.

P r z y p a d e k 7 demonstrował **Prof. Cieszyński: Przypadek ropowicy w przestrzeni przyusznicowej i podszczękowej przy objawach periapikalnych 5 zębów** |4 5 6 7 8.

Przypadek demonstrowany jest o tyle ciekawy, że wszystkie 5 zębów przedtrzonowych i trzonowych po jednej stronie żuchwy wykazują zmiany wkołoszczytowe. Mianowicie: przy |4 i 5 są ziarniniaki wielkości grochu ze zmianami torbielowemi; |6 wykazuje koronę ze zgrubieniem ozębnej szczytowej. |7 ząb wypełniony nieszczelnie wykazuje również zgrubienie ozębnej szczytowej. Naciek policzka jest bolesny i jest wyczuwalny również w okolicy przedsionka. |8 z głębokim ubytkiem ma również zgrubienie ozębnej szczytowej. Ciepłota ciała 37,2°. Obrzęk podszczękowy i za gałęzią wstępującą jest niezbyt wielki, ale twardy, bolesny.

Wobec tych zmian w okolicy szczytowej uważamy wyjęcie wszystkich pięciu zębów za wskazane, tem bardziej, że mamy chorą, która musi rychło powrócić do zajęć służbowych. Co do obrzęku — wobec tego, że sprawa istnieje dopiero od kilku dni — nie możemy z góry powiedzieć, czy będzie ropny, czy też surowiczy. Naciekiem zajęte są następujące przestrzenie międzypowięziowe: podszczękowa, skrzydłowato-żuchwowa i przyusznicowa. Szczękościsk na 12 mm. W znieczuleniu do Foramen ovale otwarto powoli szczęki tak dalece, że można było wprowadzić narzędzie. Usunięto |4, 6, 7, 8. Brzegi kostne wygładzono, wyskrobano zębodoły. Dwoma szwami zaszyto błonę śluzową, ale założono je tak szeroko, że sekrecja z rany jest możliwa. Podczas zabiegu z żadnego zębodołu nie wydzieliła się ropa. Z nacięciem ropowicy wstrzymano się zajmując na razie stanowisko wyczekujące. Dalszy plan leczenia: Omnadyna albo propidon 3 razy. Jeżeli naciek nie ulegnie wchłonieniu: naświetlanie Roentgenem i nacięcie. Pod wpływem seroterapji obrzęk twarzy ustąpił i chora opuściła klinikę po 10-ciu dniach.

Jako ostatni przypadek demonstrował dr. **Mieczysław Jankowski: Gingivitis bismutica po leczeniu kiły preparatami bismutowemi.** P r z y p a d e k 8. — Ż. W. lat 47, wdowa. Nr. klin. 1540/30.

Po demonstracjach klinicznych wygłosił prof. **Cieszyński** referat następny: **O pisowni międzysłowiańskiej** (zob. „Słov. Stom." 1932/1 i przedstawił **Genezę, znaczenie i Statut Związku Słowiańskich Stomatologów,** zachęcając do przystąpienia kolegów lwowskich do tegoż Związku.

Uchwalono poruczyć sprawę Zarządowi i wypowiedziano się za przystąpieniem do Związku Słov. Stom. korporatywnie.

II. POSIEDZENIE NAUKOWE W R. AKAD. 1931/32. ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW IZBY LEKARSKIEJ W DNIU 12-go GRUDNIA 1931 R.

Demonstracje z materjału Kliniki Stomatologicznej Uniw. J. K.

Dr. Mieczysław Jankowski demostrował Przypadek 9. W. C. lat 31, bezrobotna.

Wybitne trzeszczenie obustronne stawów żuchwowych, wyleczone naświelaniem stawów promieniami Roentgena według Cieszyńskiego. Trzeszczenie to istniejące od kilku lat, a występujące przy szerszem otwieraniu ust leczono dotychczas różnemi sposobami (ciepło, diatermja, preparaty salicylowe, wielowartościowe surowice) bez rezultatu. Trzykrotne naświetlania promieniami Roentgena (razem 1 dawka HED) dało wynik pomyślny, trzeszczenie i bóle ustąpiły.

W drugim przypadku analogicznym, jednak mniej wybitnym, wystąpiła tylko poprawa. (Przypadek 10. K. J., lat 22, 2303/31).

Szczękościsk miernego stopnia i silne bóle przy usiłowaniu otwierania ust, jako rzekome następstwo przeziębienia. Po stosowaniu termoterapji szczękościsk ustąpił oraz nastąpiło w ciągu kilku dni znaczne zmniejszenie bólu, który mimo dalszego leczenie Roentgenem oraz antiflogistiną utrzymywał się w zmiennem nasileniu.

Przypadek 11. L. M. nr. 2136/31, lat 42, bezrobotny.

Osteomyelitis acuta szczęki górnej prawej, pochodząca z korzeni trzonowców. Silny obrzęk policzka i dziąseł ze znacznem ich rozmiękczeniem i ropieniem, zajęciem 1/4 podniebienia i podwyższoną temperaturą.

Po radykalnej operacji, wyleczenie zupełne nastąpiło po 5-ciu dniach.

Prof. Cieszyński przedstawił przypadek 12. Sz. M. lat 24, żona pocztowca — (nr. 562/31).

Wygojenie się kości szczękowej z nowowytworzeniem się dziąsła, pokrywającego odkryte korzenie po operacji przy osteomyelitis.

Przed 2 miesiącami zgłosiła się chora z osteomyelitis przedniego odcinka żuchwy o nieznanej etjologji choroby. Wszystkie przednie zęby się chwiały i nie wykazywały już reakcji na prąd faradyczny. 6 zębów przednich zostało trepanowanych, przewody ich wyjałowiono i wypełniono parafiną. Z powodu zniszczenia sprawą zapalną została cała przednia blaszka kostna, pokrywająca korzenie usunięta i trzon żuchwy poniżej korzeni na 1/4 grubości wydłutowany.

Zęby chwiejące się zostały ustalone szyną. Przez kilkanaście dni została rana kostna leczona otwarto, przyczem zmieniano seton zwilżony fenolem kamforowym. Nadto otrzymała chora 3 injekcje omnadyny.

Po 2 miesiącach zgłosiła się do kontroli i w tym stanie była demonstrowana. Stwierdzono wygojenie się sprawy. Przez wzrost błony śluzowej utworzyło się nowe vestibulum oris cokolwiek pogłębione. Utworzyła się cienka blaszka kostna, pokryta cała błoną śluzową i nastąpiło pokrycie odkrytych poprzednio korzeni zębów przednich z wyjątkiem jednego. Stwierdzono również ustalenie się zębów w zębodołach. Na roentgenogramie widać jeszcze rozrzedzenie kości, ale równocześnie zapoczątkowany proces zwapnienia nowo wytworzonej. Wynik należy uważać za nadzwyczaj pomyślny.

Dr. Mieczysław Jankowski przedstawił następnie przypadek 13 (W. K. lat 43, rolniczka, nr. klin. 2194/31).

Ostre ataki neuralgji drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego po stronie lewej wyleczone zastrzykiwaniami alkoholowemi.

Po injekcji alkoholu $^1/_4$ cm do foramen rotundum via perorbitalis w ciągu 24 godzin nastąpiło zupełne wyleczenie. Nieznaczne zaburzenia ze strony oka (n. abducens), jakie wystąpiło bezpośrednio po injekcji ustąpiły w ciągu kilku godzin.

Dr. Tadeusz Owiński, st. asystent Kliniki stomatol. U. J. K. przedstawił przypadek 14. K. M. (nr. klin. 370/31), lat 20, pomocnik handl.:

Złamanie szczęki dolnej pomiędzy 2 i 3 prawym, 7 i 8 lewym wskutek urazu podczas zapasów bokserskich .

Pacjent, zgłosił się z częściową dyslokacją i wiązaniem drucianem, które założono jako opatrunek stały.

Przez założenie szyny i gum przeciągających nastąpił zrost w pozycji normalnej z lekko otwartym zgryzem po stronie lewej.

Nastąpił wykład **dra Władysława Czarneckiego** na temat:

„O wyciskach gipsowych — wskazówki praktyczne".

Po wykładzie odbyła się bardzo ożywiona dyskusja.

Po posiedzeniu odbyła się wspólna wieczerza w hotelu Krakowskim ku uczczeniu 25-letniej rocznicy uzyskania dyplomu doktorskiego dra Władysława Czarneckiego.

III. POSIEDZENIE NAUKOWE W DNIU 19-go STYCZNIA 1932 ROKU.

Demonstracje z materjału Kliniki Stomatologicznej Uniw. J. K.

Kierownik: Prof. A. Cieszyński.

Dr. Mieczysław Jankowski, adjunkt Kliniki Stom. przedstawił następujące przypadki:

Przypadek 15. R. Z. lat 19, (nr. klin. 1579/31). **Wygojony ropień policzkowy.** Ponieważ drenowanie od strony cięcia wewnętrznego nie dawało wyników wskutek warunków anatomicznych, t. j. przebiegu m. okrężnego oka, wykonano cięcie zewnętrzne, stworzono komunikację z cięciem wewnętrznem, co po krótkim czasie doprowadziło do wygojenia.

Przypadek 16. K. M. rolniczka, lat 35, nr. klin. 2751/32. Analogiczny do poprzedniego **ropień policzkowy, wychodzący od 2| ze zmianami szczytowemi,** po nacięciu dziąsłowem utrzymuje się nadal, w razie braku poprawy natnie się od zewnątrz.

Przypadek 17. K. J. uczeń lat 19, nr. klin. 2785/32. **Torbiel korzeniowa od 2| z przebiciem do nosa i atypowo umieszczonym ropniem podniebiennym.** W znieczuleniu do foramen rotundum via supra zygomatica zoperowano torbiel, odcięto wierzchołek korzenia 2|, zamknięto otwór szczytowy amalgamem srebra. Ponieważ utrzymywał się wysięk ropny przestrzykiwano i setonowano, z równoczesnem stosowaniem wśródmięśniowych wstrzykiwań omnadyny. Do trzech tygodni leczenie ukończono i polecono choremu zgłosić się za 2—3 tygodni do kontroli.

P r z y p a d e k 18. Cz. M. rolniczka, lat 28, nr. klin. 2849/32. **Gingivitis tuberculosa.** Przez rok pozostawała z powodu tocznia (lupus) nosa w leczeniu kliniki dermatologicznej, gdzie też kauteryzowano dziąsła z powodu istniejących tam zmian. Wobec braku wyników skierowana do Kliniki Stomatologicznej. Tu wycięto skrawek dziąsła, badanie histopatologiczne wykazało Tbc. gingivae. Przyżegano kwasem chromowym, naświetlano promieniami Roentgena, wybitnie rozchwiane 2 1 | 1 2 usunięto. Przy tejże terapji nastąpiło wybitne polepszenie. Chora pozostaje jeszcze w leczeniu.

Poczem wygłoszono następujące r e f e r a t y:

1) **Dr. Henryk Zipper: „Interesujący stomatologa przypadek twardzieli szczęki górnej".**

2) **Dr. Henryk Zipper: „Niebezpieczeństwo ogólnej narkozy przy ekstrakcji zębów".**

Referaty te ukażą się w całości w „Polskiej Stomatologji".

IV. POSIEDZENIE NAUKOWE W ROKU AKAD. 1931/32 ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW IZBY LEKARSKIEJ LWOW. W DNIU 21 MARCA 1932.

Demonstracje materjału Kliniki Stomatologicznej U. J. K.

Dr. Bardaszówna Adela demonstrowała przypadek 19, M. Z., lat 21, robotnik, nr. klin .4163/32.

Luxatio dentium. W czasie boksu uderzony w twarz, ręką wyczuł natychmiast wysunięcie zębów przednich górnych z dawnego normalnego ustawienia. Znacznego bólu przy tem nie odczuł. Zgłasza się dnia następnego t. j. 17 marca do kliniki. Stwierdzono: obrzęk wargi górnej i obrażenie wargi dolnej. W jamie ustnej 2 1 | cokolwiek rozchwiane i wysunięte ku wnętrzu. Na wykonanem zdjęciu roentgenowskiem stwierdzono rozszerzenie zębodołu tych zębów. Złamania kości nie stwierdzono. W znieczuleniu do foramem infraorbitale zreponowano oba zęby i założono szynę ustalającą w postaci łuku opartego na pierścieniach założonych na 5 | 5. 2 1 | trepanowano, miazgę martwą usunięto.

Takim traumatycznym luksacjom ulegają najczęściej zęby przednie. Miazga prędzej czy później obumiera, gdyż następuje wylew krwawy do zębodołu, przerywając krążenie, lub krwawienie następuje w samej miazdze, która ulega martwicy, a następnie zgorzeli pod wpływem drobnoustrojów, które wtargnęły drogą zębodołu, prowadząc do zmian przewlekłych ozębnej, a nawet torbieli. Takie przewlekłe zapalenie ozębnej zębów przednich dolnych jest niejednokrotnie przyczyną przetok bródkowych; źródło ich bywa bardzo często zapoznawane nawet przez doświadczonych chirurgów, wykonujących cięcia zewnętrzne i dłutowania bez zbadania przyczyny schorzenia, a ponieważ często między urazem a objawami następuje dłuższy przeciąg czasu, zapomina o tem i sam pacjent. Wskazane jest więc zawsze badanie prądem faradycznym przy pierwszem badaniu po wypadku, usunięcie martwej miazgi i wypełnienie przewodów po ich wyleczeniu.

Przypadek 20. K. S., lat 29, stud. politechniki, nr. klin. 3776/32. **Empyema antri dextri et ostitis maxillae.** Dnia 24 lutego 1932 roku wystąpił ból i obrzęk prawej połowy twarzy z równoczesnym katarem nosa po prawej stronie z zatkaniem prawego otworu nosowego. Przy pochylaniu się ku przodowi uchodziła prawym otworem nosowym brudno-zielonkawa wydzielina. Po 5-ciu dniach zgłasza się do Kliniki, gdzie stwierdzono. obrzęk policzka prawego, przechodzący pod oczodół prawy i okolicę skroniową, szczególnie bolesny w okolicy fossa canina, przy ucisku na nią wydobywa się prawym otworem nosowym ropa. W jamie ustnej: łuk zębowy górny zupełny, brak jakichkolwiek ubytków próchnicowych. Nad 7 6| ograniczony obrzęk. Badanie prądem faradycznym wykazuje brak reakcji ze strony tychże zębów. Wykonane zdjęcie roentgenowskie wykazuje: zaciemnienie prawej jamy szczękowej. Zęby 7 6| bez zmian.

W znieczuleniu do Foramen rotundum via supra-zygomatica nacięto błonę śluzową nad Fossa canina, odpreparowano okostną, wywiercono w kości otwór, którym wprowadzono grubą igłę dla nakłucia jamy szczękowej, jednakże punkcja ta wypadła ujemnie (nie otrzymano ropy). Pomimo tego wycięto w miejscu nakłucia blaszkę kostną, stwarzając szeroki dostęp do jamy szczękowej, wyłyżeczkowano w dużej ilości cuchnące, serowate masy, przewiercono ścianę boczną na wysokości dolnej małżowiny nosowej, stwarzając komunikację z nosem dla łatwego odpływu wydzielin. Następnie przestrzyknięto, zasetonowano gazą kamfenolową. Nacięto ropień nad 7 6|, rozszerzając na tępo, stworzono komunikację z Fossa pterygo-palatina, gdzie znajdował się naciek ropny. 7 6| trepanowano, martwą miazgę usunięto. Codziennie przestrzykiwano i setonowano gazą kamfenolową i jodoformową; równocześnie stosowano propidom wśródmięśniowo. Cuchnienie utrzymywało się, dno jamy szczękowej pokryte było masami nekrotycznemi, które jeszcze dwukrotnie wyskrobywano bezboleśnie, jakkolwiek bez poprzedniego znieczulenia. Miało się wrażenie, że obumieranie kości szczękowej jest w toku. Po 8 dniach zastosowano **maść propidexową** (Cieszyński); po 4 opatrunkach propidexowych cuchnienie i nekrozytowania dna jamy szczękowej zupełnie ustąpiło, temperatura spadła do normy. Jamę szczękową przestrzykiwano kilka razy dziennie bez zakładania opatrunków. W 18-tym dniu opuszcza chory Klinikę z poleceniem przestrzykiwania jamy szczękowej kilka razy dziennie. Podczas leczenia zasługuje na uwagę poprawa po zastosowaniu maści Propidexu, posiadające analogiczne działanie jak wielowartościowe szczepionki. O ile nam wiadomo prof. Cieszyński jako pierwszy zastosował ten preparat do ropnych zapaleń jamy szczękowej[1]).

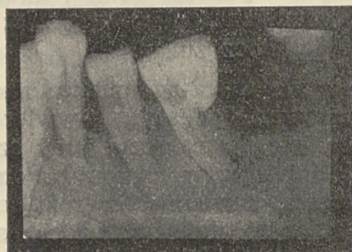
7| usunięto z powodu technicznych trudności leczenia przewodów, 6| wypełniono.

Po zupełnem wygojeniu się sprawy nastąpi zeszycie otworu od przedsionka jamy ustnej do jamy szczękowej drogą plastyki.

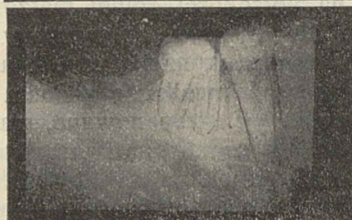
---

[1]) „Propidex“ wyrabia firma Ludwik Spiess i Syn w Warszawie.

P r z y p a d e k 21. C. H., lat 61, wdowa, Nr. klin. 3952/32. **Usunięcie odśrodkowego korzenia |6 przy usuwaniu |7.** Zgłasza się z próchnicowym |6. Stwiedzono ubytek centro-distalny ze zgorzelą miazgi. Wykonano zdjęcie roentgenowskie, ponieważ czyni się to stale w Klinice przy leczeniu zgorzeli, czy nie zachodzą ewentualne zmiany szczytowe; stwierdzono na zdjęciu brak odśrodkowego korzenia, przyczem ząb silnie trzyma się w zębodole, w miejscu odśrodkowego korzenia widać wytwarzającą się tkankę kostną. Zachodzi tu jedynie możliwość, że przy usuwaniu sąsiedniego |7 wyjęto też zniszczony próchnicą, odśrodkowy korzeń |6. Ryc. 1.



Ryc. 1. Brak odśrodkowego korzenia |6. Ząb w tym stanie wyleczono i utrzymano.



Ryc. 2. |6 o charakterze zęba mlecznego.

P r z y p a d e k 22. G. H., lat 19, uczenica, nr. klin. 3911/32. **Pierwszy trzonowiec o charakterze zęba mlecznego.** 6| korona mała, o charakterze zęba mlecznego trzonowego. 5 4| wyrznięte, kształtu i wielkości prawidłowej. Wykonano zdjęcie roentgenowskie: korzenie dosięgają połowy długości sąsiednich przedtrzonowców stałych, kontury szczytów zupełnie wyraźne. 7| był usunięty, zawiązka 8| brak. Zdjęcie roentgenowskie strony przeciwnej wykazuje również brak zawiązka |8. Zachodzi tu przypadek zmniejszonej ilości zębów i niedokształcenia 6|, na ogół zdarza się rzadko, gdyż prawdopodobnie brak zębów dotyczy częściej drugiego siecznego i trzeciego trzonowca. Ryc. 2.

Sprawozdanie Wydziału Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej za rok administracyjny 1931.

Praca i działalność Wydziału Związku w ciągu ubiegłego roku administracyjnego były zwiększone nieproporcjonalnie do prac normalnych w latach ubiegłych z powodu nawału prac organizacyjnych i wydawniczych pozostających w związku z V. Zjazdem stomatologicznym. Główny ciężar wszelkich poczynań spoczywał na barkach Wydziału Związku, jednak ogrom agend wymagał utworzenia szeregu sekcyj, w których wzięli udział koledzy z poza Wydziału,

nie szczędząc ofiarnie swych sił i czasu, zgrupowani w poszczególnych sekcjach. Zjazd odbył się imponująco, biorąc pod uwagę już coraz cięższe warunki ekonomiczne, tak pod względem programu jak i frekwencji gości zagranicznych i krajowych. Dwie wystawy otwarte w czasie Zjazdu, Naukowa i Przemysłowa, dały pierwsza bardzo cenne tablice Prof. Cieszyńskiego z zakresu obrażeń szczękowych i ropowic, jakoteż modeli odnoszących się do statyki czaszki. Z pośród innych wystawców wyróżniała się wystawa Zakładów Kruppa, wyrobów z tzw. metalu ,,Wipla", z całą kolekcją przepięknie wykonanych modeli (płytek. mostków, szyn i tp.). Wystawa Przemysłowa zgromadziła liczne eksponaty aparatów roentgenowskich, urządzeń lekarskich, instrumentów i tp Zainteresowanie i frekwencja obu wystawami były bardzo znaczne.

,,Polska Stomatologja", organ Związku, rozwija się coraz bardziej, a tylko może brak odpowiednich środków nie pozwolił jej osiągnąć zamierzonych rozmiarów, bo już pod względem treści nie ustępuje w niczem zagranicznym fachowym pismom.

Prezes Związku reprezentuje Związek na Zjeździe stomatologicznym w Budapeszcie, zaś na Kongresie w Paryżu występuje jako reprezentant P. K. N. F. D. I. Ponadto reprezentuje Związek w roku ubiegłym na Centralnej Radzie w Warszawie, w styczniu i w czerwcu we Lwowie, jak również w P. K. N. F. D. I.

Profesor Cieszyński reprezentuje w Budapeszcie Klinikę Stomatologiczną U. J. K. we Lwowie.

W związku ze Zjazdem odbyły się równoczeście dwie uroczystości: 25-letni jubileusz pracy naukowej Profesora Cieszyńskiego, jak i 20-lecie Zwiazku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej. Z Izbą jak i w latach poprzednich tak i w obecnym roku sprawozdawczym utrzymywał Zarząd Związku jaknajściślejszy kontakt, dając szereg opinij Izbie jak i władzom sądowym w sprawach zawodowych. Komitet redakcyjny, wydał monumentalne dzieło, ,,Księgę Pamiątkową".

Po śmierci długoletniego i nad wyraz czynnego członka Wydziału i sekretarza Związku, śp. Dra Zygmunta Stobieckiego, Wydział Związku na posiedzeniu dnia 12/V. 1931, kooptuje nowego członka w osobie kol. Bruchnalskiego, poruczając mu czynności sekretarza Związku.

Posiedzeń Wydziału i Komitetu Organizacyjnego V. Pol. Zjazdu Stomat., odbyło się łącznie 14. Wpływ kasowy przedstawiał się w roku ubiegłym korzystnie. Wyjątkowo tylko koledzy niektórzy ociągali się od swych obowiązków.

Nowych członków przyjęto następujących: Drowie Dynes, Łubkowski, Meschlówna, Owiński Tadeusz, — razem czterech.

W dniu 12/XII. 1931 obchodzono jubileusz 25-lecia pracy zawodowej, kol. Dra Władysława Czerneckiego, powszechnie znanego i poważanego, byłego profesora P. I. D. w Warszawie.

W dniu 19 stycznia obchodzono również wśród serdecznego nastroju jubileusz 30-lecia pracy zawodowej lekarskiej kol. Dra Hugona Dattnera, zakończony wspólną kolacją koleżeńską.

W roku sprawozdawczym zostały wygłoszone na zebraniach naukowych następujące odczyty i wykłady naukowe, oraz pokazy kliniczne:

1. *Prof. A. Cieszyńki:* Sprawozdanie ze Zjazdu elektroradjologów w Paryżu.
17/X. 1931. Stan organizacji Związku Stomatologów Słowiańskich.
2. *Prof. A. Cieszyński:* Jeszcze kilka uwag dotyczących spraw ropnych
14/XI. 1931. w okolicy pozaszczękowej górnej.
Pokazy z bieżącego materjału klinicznego.

3. *Dr. K. Atlas:* Sprawozdanie ogólne z V. Zjazdu Stomatologicznego we 17/X. 1932. Lwowie.

4. *Dr. H. Allerhand:* Sprawozdanie z XXV. zebrania F. D. I. w Paryżu.
27/X. 1931. „ z Międzynarodowego Kongresu Stomatologicznego w Budapeszcie.

5. *Dr. M. Brill:* Sprawozdanie z VIII. Międzynarodowego Kongresu Denty- 27/X. 1921. stycznego w Paryżu.

6. *Dr. M. Jankowski:* O przetokach licowych (przypadki z pokazami).

Pokazy przypadków: Gingivitis bismutica. 12. XII. 1931. Wybitne trzeszczenie obustronne stawów żuchowych, wyleczone naświetleniem stawów promieniami Roentgena według Cieszyńskiego. 12. XII. 1931. Osteomyelitis acuta szczęki górnej. 12. XII. 1931. Neuralgja n. trójdzielnego, wyleczona zastrzykiwaniami alkoholu. 12. XII. 1932. Torbiel korzeniowa od 2| z przebiciem do nosa i atypowo umieszczonym ropniem podniebiennym. 19. I. 1932. Gingivitis tuberculosa. 19. I. 1932.

7. *Dr. T. Owiński:* Pokaz kilku ciekawych przypadków z zżutemi zębami.
14/XII. 1931. Złamanie szczęki dolnej wskutek urazu podczas zapasów bokserskich.

8. *Dr. W. Czernecki:* O wyciskach gipsowych (wskazówki praktyczne).
12/XII. 1931.

9. *Dr. H. Zipper:* Przypadek twardzieli interesujący stomatologa.
19. I. 1931. Niebezpieczeństwo ogólnej narkozy przy ekstrakcji zębów.

10. *Prof. A. Cieszyński:* Kilką uwag w sprawie leczenia ropnego zapalenia 14. XI. 1931. jamy szczękowej.

Sprawozdanie kasowe za rok 1931.

Dochody	zł	gr	Rozchody	zł	gr
1. Wkładki członków	2.013	89	1. Sumarycznie	1.852	94
			2. Pozostałość	160	95
Razem	2.013	89	Razem	2.013	89

Dr. Bruchnalski sekretarz. *Dr. Atlas* skarbnik. *Dr. Allerhand* prezes.

Szkontrum w dniu 26 lutego 1932 r. wykazało zgodność księgi kasowej z dowodami kasowemi i okazaną gotówką.

Lwów, dnia 26 lutego 1932.

Dr. Sennensieb m. p. *Dr. J. Owiński* m. p.

Zast. Prof. Dr. MARJAN ZEŃCZAK. WARSZAWA.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU A. S. I. W BUDAPESZCIE.

Sekcja Protetyczna i Ortodontyczna.

I. Congrès internationale de l'A. S. I. à Budapest — Section de la prothese dentaire et de l'orthopédie maxillaire.

Prothese u. Orthopädie auf dem A. S. I. Kongress in Budapest. (Bericht).

Doc. pol. 9,41. Doc. int. 616.314 (063) A. S. I. — Budapest.

Wprawdzie zjazd odbył się pod hasłem chirurgji stomatologicznej, uwzględniając plastyki kostne jako temat główny, jednakże i z działów innych dorzucił materjał obfity w sekcjach.

W sekcji protetycznej na czoło wysunął się odczyt Dr. Hauptmeyera: **O zasadniczych prawidłach przy budowie protez płytkowych z metalu „Wipla"** (stali nierdzewiejącej), ilustrowany obficie przeźroczami. Zestawiając zalety rozmaitych materjałów protetycznych wykazał wyższość stosowania metalu Wipla w przeważającej ilości przypadków w praktyce. Nie będąc bezwzględnym jednak fanatykiem Wipla przyznał racjonalność użytkową kauczuku, względnie złota - platyny w wypadkach poszczególnych.

Wielką ilość możliwości wykonawczych konstrukcyjnie, pokazywanych na przeźroczach wzbogacił referent następny Dr. Schnur dorzucając ilustracje z protez szkieletowych, uzupełniając częściowe braki uzębienia a stosowanych głównie przy obecności stanów chorobowych parodontalnych. Protezy szkieletowe w niektórych swych formach dzięki znacznej wytrzymałości metalu Wipla pozwoliły zrównać się z protezami bezpłytkowemi, czyli nie przykrywały podniebienie, zatrzymując jedynie poprzeczne kabłąkowe przerzuty, łączące poszczególne części nawzajem. W stosowaniu przerzutów były uwzględniane głównie tylne odcinki podniebienia, pozostawiając przedni możliwie wolnym i nieprzykrytym.

Myśli przewodnie przy wykonywaniu protez płytkowych całkowitych wzbogacił Dr. Grohs zastanawiając się nad pytaniem: **O ile jest usprawiedliwionem branie wycisku masą plastyczną pod uciskiem?** Zestawiając wyniki histologicznych badań na przekrojach szczęk górnych, zaopatrzonych przez jakiś czas protezami płytkowemi doszedł do wniosku, że jedynie wyrostek zębodołowy wstrzymuje nacisk korzystnie. Podniebienie natomiast twarde reaguje zanikiem. Przy braniu wycisku masa plastyczna znajduje się pod uciskiem, a zatem sprowadzamy w odcinkach podatnych na podniebieniu chwilowy odpływ treści płynnej z tkanek podśluzowych. Uciśnięte naczynia krwionośne i limfatyczne dążą zawsze do powrotnego wypełnienia, a powstały w ten sposób nacisk pod protezą płytkową prowadzi do zaniku szkieletu kostnego podniebienia twardego. Nacisk natomiast sprowadzany na przebiegu wyrostka zębodołowego powoduje wytwarzanie się podściółki twardej złożonej z tkanki łącznej zbitej.

Bardzo wielkie zainteresowanie wzbudziły pokazy fantomowe **protez zębowych wykonane w porcelanie** przez Gutowskiego. Na koronach pochewkowych porcelanowych były umocowane mostki z członami wyko-

nanymi z palonej porcelany. Również protezy płytkowe i kabłąkowe dały się zauważyć z masy porcelanowej powlekającej szkielety platynowe.

Pod względem precyzji wykonania piękne były odlewy w złocie, demonstrowane przez doc. Loosa (Praga). Dotyczyły one **plomb lanych i półkoron służących jako filary dla mostków oraz protez kabłąkowych pod nazwą mostków do zdejmowania.** Przy mostkach do zdejmowania górnych, kabłąki były rzucone jeden w tylne okienko poprzecznie przez podniebienie a drugi z przebiegiem łukowatym za przedniemi zębami, nie dochodząc jednakże do ostatnich na odległość 2—3 mm. Umocowanie na zębach takich mostków były uskutecznione zapomocą lanych zaczepek i zasuw. Jako materjał wykonawczy służył stop złoto platynowy (10%) w odlewie. Odlewy plomb, półkoron, zaczepek i t. p. były wykonywane na zimno. Przez odlewanie na zimno rozumieć należy wlanie roztopionego złota za pomocą siły np. odśrodkowej wirówką ręczną do formy nierozżarzonej. Temperatura zatem kiwety nie powinna być wysoka, nie wyższa ponad 300°, czyli odbiegać daleko od temperatury płynnego złota. Tem samem możność wytopienia i wypalenia resztek wosku z kiwety na słabym ogniu jest dozwolone. W razie podgrzania zbyt silnego wypada pozwolić kiwecie nieco ostygnąć. Odlewy części drobnych tą samą metodą wykonane dają nam powierzchnię gładką nie wymagającą obróbki mechanicznej t. j. opiłowywania chropowatości. Powierzchnia gładka odlewu wyzyskiwana jest drogą rychłego krzepnięcia zewnętrznych ścian wlanego metalu w formie nierozgrzanej. Warunki szybkiego ostygania nie dozwalają na odlewanie na zimno modeli większych np. płytek podniebiennych cienko ukształtowanych. Oprócz zalety wyzyskiwania gładkiej powierzchni odlewu przy odlewaniu na zimno zwalczona zostaje i kurczliwość złota. Złoto wlane krzepnąc od zewnątrz zatrzymuje zewnętrzny kształt uprzedniej formy woskowej. Kurczliwość zaś idzie kosztem warstw pozostających dłużej w stanie płynnym, czyli ułożonych bardziej dośrodkowo, na czem może ucierpieć zbitość metalu w odnośnych miejscach.

Z problemem artykulacyjnym wystąpił Trebitsch z Berlina, przedstawiając nowy typ zgryzadła Trebitsch-Schröder. Zgryzadło to przez swoistą budowę zawiasu pozwala na odtworzenie ruchów bocznych rozmaitemi nachyleniami płaszczyzn ślizgania się. Kąty nachyleń płaszczyzny zgryzowej, opisywane przy przesuwaniu się główek stalowych szczęk po wzgórku są przenoszone praktycznie na zgryzadło zapomocą płaszczyzn starć zębów zachowanych na modelach. Przy brakach częściowych uzębienia a zatem możliwości dokonania przesunięć modeli wzajemnego według istniejącego starcia antagonistów uzyskuje się nachylenie ślizgania ramion zgryzadła w zawiasie przez przesunięcie modeli wgipsowanych w zgryzadle i ustalenie w odnośnem uchyleniu zawiasu. Odtworzenie ruchów przy bezzębiu jest uzyskiwane przez wyżłobienie przy ruchach w ustach w wosku wzornika jednej szczęki zębów ustawionych na wzorniku szczęki przeciwległej. Metoda pomiarowa matematyczna została z rozmysłem pominięta i podziałka nachyleń dróg stawowych w zawiasie zgryzadła jest wyrażona zupełnie dowolnemi cyframi, nieodpowiadającemi istotnej wartości nachylań do poziomu.

Omawiano ponadto przymocowania zębów ćwiekowych systemem Richmonda za pomocą śrub wkręcanych do rurki w korzeniu (Zwirn), szyny z kauczuku miękkiego na zęby u sportowców (Karpel), kiwety

dla pracowania masy porcelanowej i koron pochewkowych, do wypalania i t. p. (Lewkowicz). Pomimo swej treści ciekawej nie przedstawiają według mego zdania dla praktyków wybitniejszego znaczenia. Uczynienie wzmianki o wszystkich wygłoszonych referatach, względnie pokazach zostaje rozmyślnie pominięte, by nie tworzyć zamętu beztreściowej statystyki. Na omówienie zaś bardziej szczegółowe, konieczne dla zrozumienia myśli przewodniej nie pozwalają zwykłe ramy sprawozdawcze.

Sekcja ortodontyczna odznaczyła się nadzwyczajną obfitością treści praktycznej.

Sprawa djagnostyki przy pomocy gnatostatu i fotometrji była omawiana przez Prof. Simona a linijne zestawienie wybitniejszych punktów twarzowych i wnioskowanie na ich zasadzie o nieprawidłowościach przez Prof. Wustrowa. **Ideę biologicznego zadziałania aparatami regulacyjnemi** co do wysokości stosowanych sił oraz okresu czasu działaniu, omawiał Prof. Salomon wysuwając wniosek ostateczny, że jedynie słabe siły, działające w okresie czasu dłuższym są zdolne do sprowadzenia przemiany biologicznej. Dr. Schwarz (Wiedeń) na zasadzie występujących zmian w tkankach pod wpływem sił aparatów uważa każde działanie jako biologiczne, wprowadzając określenie biologicznie pomyślne dla sił słabych, a biologicznie szkodliwe dla większych. Starając się uchwycić matematycznie granice dla takowych odpowiedni wysuwa wniosek na zasadzie czynionych doświadczeń, że siła równoważna ciężarowi kilku (3—5) gramów jest biologicznie najkorzystniejsza. Tem samem przeciwstawił się szkole berlińskiej dochodzącej z siłami do 50 gramów jakoteż Bonn 20 gramów.

Siła regulująca powinna być stale działająca, a zatem aktywowanie powinno następywać w miarę przesuwania się zębów czyli w niezbyt krótkich ani też zbyt dużych odstępach czasu. Uwzględniając drogę aktywną siły regulacyjnej biologicznie korzystnej w wymiarze przestrzeni 1 milimetra wznawianie siły czynnego działania o 1 mm powinno następować w trzecim tygodniu. Po takim bowiem okresie czasu przychodzi do ponownej konsolidacji utkania kostnego i przy aktywowaniu w odstępach czasu dłuższych mamy do czynienia z siłą przerywaną, sprowadzającą według przypuszczenia Schwarza warunki dla resorbcji szczytów korzeni.

Dla uzyskania czynnych sił regulacyjnych powszechnie wykorzystywana jest sprężystość metalowych drutów. Szkoła wiedeńska pod kierownictwem Prof. Oppenheima pracuje nadal nad rozbudowaniem aparatury Angle'a, opartej na stosowaniu łuku labialnego. Przez wprowadzenie szeregu modyfikacyj wyeliminowane zostały niedostateczności łuku jako aparatu uniwersalnego. Przy zwalczaniu wydłużenia zębów przednich dolnych widzimy w zastosowaniu dawną płytkę regulacyjną kauczukową z nadbudowaną w części przedniej płaszczyzną tworzącą tem samem szynę do nagryzania. Przez podwyższenie zgryzu i oparcie go w całości na zębach dolnych przednich przychodzi pod działaniem sił gryzienia do skrócenia ostatnich. Równocześnie ze skracaniem zębów przednich w wypadkach wymagających rozszerzenia łuku zębowego bywa płytka kauczukowa dostosowana i do tego celu. Zostaje wówczas rozcięta wzdłuż t. j. według przebiegu szwu podniebienego, a poprzecznie umocowana śruba. Krok śruby jest równy odległości 1 mm. Rozkręcając zatem przeciętą o pełny obrót uzyskujemy powiększenie się szpary podłużnej o 1 mm, a tem samem nacisk w takim stopniu płytki włożonej na zęby boczne sprowadzający roz-

szerzenie łuku w tym wymiarze w przeciągu dwu tygodni. Utrzymanie się płytki jest sprowadzone do siły wklinowania czyli dokładnego oparcia o podniebienne ściany zębów. W poszczególnych jedynie wypadkach bywają dołączone dodatkowe zaczepki.

Naogół w aparatach regulacyjnych sprężystych są stosowane stopy metali szlachetnych. Temu przeciwstawia się aparatura Simona wykonywana z metalu Wipla. Pomysłowością dokonywanych przegięć samego łuku podstawowego stara się Simon ominąć ujemną stronę niemożności lutowania Wipla łącznem twardem. Potrzebę wywiązywania siły słabszej przez sam łuk w tych wypadkach zaspakaja przez zastosowanie do wykonania łuku drutu cieńszego bo o grubości 0,7 mm. Szereg modeli z aparatami z Wipla, przedstawiających możność wytworzenia sił działania we wszystkich pożądanych regulacyjnie kierunkach uzupełnił całość praktyczną.

Wytyczne punkty poruszane na zjeździe rzuciły pogląd na całokształt kierunków rozwoju ortodoncji, dając uczestnikom pełnię zadowolenia z nabytych wiadomości, bo zgrupowanych równocześnie według odmiennych kierunków praktycznego postępowania.

UZUPEŁNIENIE DO SPRAWOZDANIA Z V-go ZJAZDU STOMATOLOGICZNEGO WE LWOWIE. (do Pol. Stom. 1932, nr. 2-gi).

J. Jarząb, Poznań. Kilka zbadanych przypadków zakażenia śródustnego. Streszczenie.

Stwierdzenie schorzeń pochodzenia zakażenia śródustnego napotyka na trudności:

1) z braku bezpośredniego związku per continuitatem,

2) przez wytworzenie się schorzeń odległych i niepodobnych swym klinicznym obrazem do pierwotnego ogniska,

3) przez odległość czasową między powstaniem ogniska zakażenia a wywołaną chorobą,

4) z powodu niejednokrotnego braku potwierdzenia tej samej jakości drobnoustrojów między ogniskiem zakażenia a wywołanem schorzeniem,

5) z powodu trudności wywołania analogicznej choroby przez przeszczepianie odpowiednich drobnoustrojów z ludzi na zwierzęta.

Stwierdzona łączność schorzenia etjologicznego w jamie ustnej ze schorzeniem wtórnem jedynie na podstawie szybkiego wygojenia przez usunięcie ogniska pierwotnego w jamie ustnej bez potwierdzenia bakterjologicznej łączności nie zawsze przemawia za teorją Oral sepsis, albowiem wywołane zmiany chorobowe mogą polegać na zmianach troficznych wywołanych drogą reflektoryczną. Na dowód tego przedstawia ciekawsze historje chorób, statystyką opracowanych na podstawie współpracy z innemi klinikami, objaśnienia badaniami bakterjologicznemi i roentgenologicznemi, z czego wynika, że nie tylko czynniki bakteryjne ale także i chemiczne (korony z nieszlachetnego metalu Randolf) mogą stać się bodźcem do zaburzeń neurotroficznych w obrębie nerwu trójdzielnego a zwłaszcza gałązek naczyniowych nerwu sympatycznego.

F. D. I.

WNIOSKI UCHWALONE NA MIĘDZYNARODOWYM KOGRESIE DENTYSTYCZNYM W SIERPNIU 1931 R. W PARYŻU.

Sekcja IV. Paradentoza.

Doc. int. 616.314 (062) (00).

IV. Sekcja VIII. Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego uznając za konieczne wprowadzenie jednolitej nomenklatury dla schorzeń obejmowanych nazwą ropotoku zębodołowego i innemi nazwami, wprowadza za porozumieniem z komisją mianownictwa nomenklaturę, nie opierającą się na momentach etjologicznych, polecając posługiwanie się nią, zwłaszcza w pracach naukowych [1]).

1) GINGIVITIS MARGINALIS SUPPURATIVA.

Powierzchowne zapalenie z ropieniem brzegu dziąsła. Objawy miejscowe: kamień nazębny, ropa, brak wyraźnej torebki.

2) PARADENTOZA.

a) Paradentitis profunda (suppurativa) simplex.

Objawy miejscowe: głęboka torebka bez rozchwiania zębów.

b) Dystrophia diffusa.

Objawy miejscowe: zanik nieregularny, wędrowanie lub chwianie się zębów, bez ropienia.

c) Paradentitis dystrophicans complicata.

Objawy miejscowe: głęboka torebka, ropienie, ewentualne chwianie się zębów, ewentualne wędrowanie, lub jedno i drugie.

3) ATROPHIA ALVEOLARIS.

a) Atrophia praecox.

Objawy miejscowe: wczesne obniżanie się brzegu dziąsła i poziomy zanik kości.

b) Atrophia senilis: Te same objawy we wieku późniejszym.

Sekcja XIII.

1) Wnioski końcowe rozmaitych sprawozdań i doniesień, skierowanych pod adresem Sekcji XIII. wyrażają ubolewanie dla niedostatecznego wychowania narodu i kolegów, odnośnie do rozwoju **higjeny dentystycznej na polu społecznem.**

Członkowie obecni na posiedzeniu końcowem są zdania, że nie wystarczy zadowalać się uchwalaniem wniosków, ale należy je w czyn wprowadzać.

---

[1]) Co do poniżej podanego mianownictwa, a przedewszystkiem co do klasyfikacji ma Redakcja „Polskiej Stomatologji" poważne zastrzeżenia. Cieszyński.

W następstwie tego należy powołać do życia międzynarodowe biuro dla higjeny dentystycznej. To biuro centralne, pracujące pod okiem F. D. I. ma za zadanie czytanie wszystkich dokumentów, wniosków i t. d. ważnych dla rozwoju społecznej higjeny i zbieranie tych, które nadają się do publikacji międzynarodowej; w tym to celu ma się zwracać do biur narodowych już istniejących lub mających powstać.

Biuro to musi mieć możliwie jak najpraktyczniejsze metody pracy, mając do dyspozycji n. p. broszury, filmy, wystawy wędrowne.

2) Sekcja XIII. poleca systematyczną organizację badania rozwoju prawidłowego i leczenia uzębienia wieku szkolnego.

Sekcja XIV.

1) Każda armja powinna mieć zastęp zdolnych dentystów, co zapewnia ciągłość pracy w wojsku czynnem i rezerwie.

2) Stopień służbowy wojskowych dentystów powinien być równorzędny ze stopniem specjalistów, należących do korpusu lekarskiego.

3) Profilaktyka i higjena jamy ustnej powinna być jednem z głównych zadań służby zdrowia dla wojska; wprowadzając zrozumienie dla znaczenia higjeny jamy ustnej u żołnierzy, unika się rozmaitych chorób, niezdolności do służby, a tem samem wypłaty rent inwalidzkich.

4) Warunki służby dentystycznej powinny być te same dla armji lądowej, floty morskiej i powietrznej.

5) Zdolni lekarze-praktycy powinni wydać orzeczenie stanu uzębienia każdego żołnierza.

Ta karta powinna być tak wystawiona, że każdej chwili wyczytać z niej możnaby stan jamy ustnej zębów, tak że ewentualnie służyć może do stwierdzenia tożsamości danego żołnierza.

6) Narody uczestniczące powinny zwrócić uwagę, by w kolonjach i w krajach pod ich protektoratem będacych, zatrudnić dentystów dla zabezpieczenia minimum higjeny dentystycznej.

Sekcja XVI. (Dokumentacja).

Wszystkie ogłoszone prace tego kongresu i następnych, należy zaopatrzyć odpowiednim indeksem międzynarodowej klasyfikacji.

Wszystkie czasopisma dentystyczne uprasza się o używanie tego indeksu przynajmniej dla prac oryginalnych.

Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych.

Posiedzenie w dniu 27-go czerwca 1931 r. we Lwowie.

Obecni: Prof. Dr. Cieszyński, Dr. Wilga, Dr. Cybulski, Dr. Mancewicz, Dr. Jarząb, Dr. Zeńczak, Dr. Ujejski i Dr. Mokrzycki.

Nieobecni: Dr. Gorczyński, Prof. Łepkowski, Dr. Wodniecki, lek. dent. p. Bobrowska.

1) Protokół ostatniego posiedzenia w Warszawie z dnia 31-go maja 1930 r. przyjęto.

2) Zwrócono uwagę kol. Jarząbowi, organizatorowi Zjazdu w Poznaniu, ażeby nie zapomniał o dodatku 5 zł. na Stałą Delegację Sekcji Stomatologicznej, który się odbędzie przy Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich.

3) List kol. Mancewicza, wyjaśniający sprawozdanie Zjazdu, uległ przypadkowo opóźnieniu, wobec czego uchwalono udzielić absolutorjum Komitetowi Organizacyjnemu w Wilnie na posiedzeniu dzisiejszem.

4) Stwierdzono nadejście statutu funduszu naukowego imienia prof. Łepkowskiego, dyskusję zaś nad nim odłożono na przyszłe posiedzenie.

5) Uproszono prof. Wilgę o interwencję w Kasie Mianowskiego w sprawie wypłaty zasiłku na wydanie księgi pamiątkowej.

6) Uchwalono wyrazić podziękowanie Komitetowi Organizacyjnemu Lwowskiemu, za trudy i prace około urządzenia Zjazdu.

7) W czasie Zjazdu tematy główne mają być wygłaszane krótko, a dyskusję w razie zgłoszenia się do niej więcej uczestników uchwalono przeprowadzić w pokoju osobnym z przedstawieniem wyników ewentualnych wniosków i rezolucyj Komisji. W tym celu utworzone zostały komisje, których celem ma być zbadanie wniosków i przedłożenie w formie rezolucji na ostatniem zebraniu naukowem do uchwały przez Zjazd. W skład poszczególnych komisyj weszli:

a) Komisja Kas Chorych i szkolnictwa: Mesz, Koneczny, Atlas, Kopczyński, Stokowski, Glikman.

b) Komisja Higjeny: Mokrzycki, Mancewicz, Bloch, Glikman.

c) Wnioski nauczania i studjów: Wilga, Jarząb, Cieszyński, Cybulski, Sachs.

d) Wnioski we wszystkich innych sprawach: Zeńczak, Allerhand, Urbańska-Filipowiczowa, Glikman.

Mogą być zgłaszane jako wnioski tylko te, które wynikną podczas dyskusji albo wyłonią się z głównych referatów.

Przyjęto do wiadomości prace organizacyjno-przygotowawcze do Zjazdu, przedstawione przez prof. Cieszyńskiego.

Proponuje się wybór delegacji stałej na Zjazd w Poznaniu o składzie przedstawicieli katedr, oraz członków dalszych, Dr. Cylkowski, Dr. Zabilski, Dr. Atlas, L. d. Wolański, L. d. Ujejski, L. d. Stokowski, przyczem przewodnictwo Komitetu Organizacyjnego Zjazdu poleca się Prof. Jarząbowi.

Miejsce na Zjazd następny zostało oznaczone na Poznań, przyczem odbędzie się on równocześnie ze Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich za 2 lata.

Członkowie Stałej Delegacji mogą każdorazowo przesłać zastępców w razie przeszkód przyjazdu.

Na przewodniczącego Stałej Delegacji proponuje się prof. Cieszyńskiego.

Sekretarzem Stałej Delegacji wybrano kol. Zeńczaka.

Skarbnikiem został wybrany kol. Cylkowski.

m. p. *Zeńczak,* sekretarz. m. p. *Cieszyński,* przewodniczący.

Protokół Posiedzenia w Warszawie w dniu 25. III. 1932.

Obecni: pp. prof. Cieszyński, Wilga, Cybulski, Jarząb, Zeńczak, Meismer, lek - dent. Stokowski, Mokrzycki, Ujejski.

Nieobecni: Dr. Cylkowski, Dr. Zabilski, Dr. Atlas, lek. - dent. Wolański, prof. Łepkowski, Mancewicz.

Przewodniczący: Prof. Dr. A. Cieszyński.

Porządek obrad.

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia, odbytego we Lwowie dnia 27. VI. 1931 — protokół odczytany przyjęto bez zmian.

2) Sprawozdanie Komitetu Organizacyjnego V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego.

Prof. Cieszyński przedstawił szczegółowe sprawozdanie ze Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie w imieniu Miejscowego Komitetu Organizacyjnego lwowskiego.

Lek. - dent. Mokrzycki złożył rozrachowanie z zaliczki uzyskanej od Komitetu lwowskiego na wydatki propagandowe oddziału warszawskiego. Pozostałą kwotę 59 zł 55 gr. (pięćdziesiątdziewięć złotych 55 gr) uchwalono przekazać do dyspozycji Stałej Delegacji.

Uchwalono złożyć podziękowanie wszystkim członkom Komitetu Organizacyjnego za ogrom pracy włożonej około Zjazdu, jakoteż wydawnictwa Księgi Pamiątkowej oraz wniosek na udzielenie absolutorjum Miejscowemu Komitetowi Organizacyjnemu lwowskiemu.

Absolutorjum udzielono wraz z podziękowaniem za wzorowe prowadzenie książkowości.

4) Sprawozdanie przewodniczącego Stałej Delegacji za czas ubiegły i wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującej Stałej Delegacji z zarządu funduszami (ref. prof. Cieszyński).

Sprawozdanie ukazało się w druku. Na wniosek prof. Cieszyńskiego udzielono absolutorjum ustępującej Stałej Delegacji.

5) Sprawozdanie co do ogłoszenia streszczeń i referatów i rezolucyj z ostatniego Zjazdu.

Streszczenia i rezolucje ukazały się w druku. Referaty w całej rozciągłości nie mogły być wydane dla braku odpowiednich po temu funduszów.

6) Sprawa I. Zjazdu Słowiańskich Stomatologów, mającego się odbyć łącznie z VI. Zjazdem Stomatologicznym w Poznaniu.

Propozycję Prof. Cieszyńskiego odbycia zjazdu łącznie w Poznaniu przyjęto jednomyślnie.

7) Sprawa VI. Zjazdu Stomatologicznego w Poznaniu.

Poczynienie pierwszych kroków organizacyjnych i trudności wynikłe z miejscowych warunków przedstawił prof. Jarząb. Usiłowania nawiązania kontaktu z kolegami z Poznania dotychczas spełzły na niczem. Projekt zjazdu dotychczasowy: Zjazd Słowiańskich lekarzy odbędzie się w dniu 11-go września, po referacie obiad, a wieczorem raut.

Powitanie gości 10-go września (niedziela).

W dniu 12-go września otwarcie zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Łącznie ze Zjazdem jest proponowane urządzenie Wystawy naukowej i przemysłowej.

W czasie zjazdu przedpołudniowe godziny będą przeznaczone na plenarne wykłady, a popołudniowe na sekcje. Wieczorami rozrywkowe atrakcje. Wkładka zjazdowa 30 zł, a dla członków Sekcji Stomatologicznych dodatkowo 5 zł. Łącznie z legitymacją zjazdową uczestnicy otrzymają krótkie streszczenie z referatów ogłoszonych celem orjentacji w wyborze kolidujących wykładów. Na wniosek prof. Cieszyńskiego uchwalono wysłać pismo do Związku w Poznaniu z ubolewaniem, że delegaci nie przybyli na posiedzenie Stałej Delegacji jakoteż koledzy poznańscy dotychczas nie zgłosili się do akcji rozpoczęcia pracy Komitetu Organizacyjnego. Zarazem prof. Cieszyński oświadcza gotowość zwołania i zapoczątkowania zebrania organizacyjnego. W tym celu zostanie przesłane zaproszenie z terminem na odpowiedź do trzech tygodni.

Prof. Wilga zwraca uwagę na możność wywarcia wpływu drogą Rady Centralnej.

Prof. Meissner zwraca uwagę na konieczność pozyskania kolegów poznańskich do pracy organizacyjnej i bezwzględnego nawiązania stosunków.

8) Ustalenie programu i tematów głównych referatów na VI Zjazd Stom.

Ustalono w programie zjazdu urządzić od 8 — 10-tej demonstracje w czasie wykładów ogólnych, od 10 do 12-tej zebrania organizacyj i od 14 do 18-tej zebranie sekcyjno-naukowe.

W sprawie urządzenia Wystawy hygieniczno-popularnej porozumie się kol. Jarząb z przewodniczącym Komisji hygieny P.K.N.—F.D.I. Kol. Ujejski obiecał urządzić wystawę hygieniczno-popularną w Warszawie dla próby do września.

Tematy główne ustalono pod hasłem pogranicza stomatologji i chorób ogólnych.

I. Temat dotyczący oral-sepsis przyjął kol. Jarząb do zorganizowania wraz z przedstawieniem przebiegu klinicznego na co poświęca się jedno popołudnie.

II. Temat: „o paradentozach".

m. p. *Zeńczak,* sekretarz. m. p. *Cieszyński,* przewodniczący.

Oceny książek.

Djindjian Aram. La pratique de la haute fréquence en odontostomatologie. (Zastosowanie prądów częstotliwych w odontostomatologji. Stron 173, rycin 47. Nakład Ecole déntaire supérieure de radiologie et physiothérapie de Paris.

Książkę tę, obejmującą 10 rozdziałów rozpoczyna autor krótką częścią ogólną, obejmującą sposób wytwarzania prądów częstotliwych, zasadniczą konstrukcję aparatów; dość dużo miejsca poświęca opisowi akcesorjów i rozmaitym elektrodom obcym i własnego pomysłu. I tak podaje elektrodę bierną swojej konstrukcji przy nagrzewaniach djatermicznych w postaci płyty metalowej, umieszczonej w ramach z izolatora, pomysłowo przymocowanego do poręczy fotela, tak że ułożenie dłoni na tej biernej elektrodzie jest dla pacjenta bardzo wygodne. Przy nagrzewaniach intraoralnych obie elektrody wśródustne izoluje autor wulkanizowanym kauczukiem, którego kształt odpowiada wyciskowi wziętemu indywidualnemi łyżkami autora.

Następnie autor podaje fizjologiczne wyniki leczniczego stosowania prądów częstotliwych, jak wywołanie przekrwienia, a tem samem przyśpieszenia gojenia, ułatwienie resorbcji stosowanych środków chemicznych, działanie odkażające i bakterjobójcze, katalityczne, uśmierzające bóle neuralgiczne i pooperacyjne. Pozatem poleca elektrosterylizację i elektrokaustykę do leczenia zakażonych przewodów korzeniowych, przetok, ziarniniaków i torbieli, ropiejących torebek dziąsłowych przy parodontozach, powikłań przy wyrzynaniu się zębów, zwłaszcza 3 trzonowców (usuwanie przykrywającego płata błony śluzowej torebki retromolarnej) i nowotworów.

Oceniając całość, należy przyznać, że autor w krótkiem tem dziełku daje doskonały pogląd na znaczenie prądów częstotliwych w terapji stomatologicznej.

Bardaszówna (Lwów).

Otto Krummacher. Grundriss der Physiologie für Studierende der Zahnheilkunde und weitere Kreise. (Zarys fizjologji dla studentów dentystyki i dla szerszych kół). Lipsk 1931. Georg Thieme, wydanie III, 29 rycin, cena 8 mk. niem.

Prof. Krummacher uniwersytetu w Münster wypełnił lukę w wydawnictwie podręczników naukowych przez wydanie krótkiego, treściwego, możnaby nawet powiedzieć, popularnego podręcznika z zakresu fizjologji. Z ujęcia całokształtu materjału, z przedstawienia wszystkich przejawów życia, bez wchodzenia w drobne szczegóły, widać, że ten podręcznik powstał z wykładów dla studentów, którzy studjują fizjologję w mniejszym zakresie, aniżeli medycy. Autor uwzględnił zarówno chemję organiczną, biologję, fizykę, mechanizm żucia, jak i anatomję, histologję, naukę o witaminach i o gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu.

Krótki wstęp do tego podręcznika wprowadza nas poprzez poglądy filozoficzne, (materjalizm, witalizm) poprzez znamiona istoty życia zwierząt i roślin do chemji i przemiany materji żyjącego organizmu i następnie do szerokiego omówienia fizjologicznych zjawisk. Jedyną cechą odróżniającą naturę żywą od martwej stanowi: przemiana materji, zużycie i uzupełnienie.

Przedstawienie zadania fizjologji: stworzenie podstaw do określenia i zrozumienia zjawisk życia — osiągnął autor swoim jasnym i jędrnym stylem w zupełności.

Książka ta może służyć inteligentnym laikom i studentom dentystyki jako dobry podręcznik, a lekarzom i stomatologom jako dobre repetitorium.

Brill (Lwów).

I. Hellin. (Tarnów). Choroby zębów, ich przyczyny i sposoby zapobiegania. Gebethner i Wolff 1932. Str. 86. rys. 26.

Rycina na okładce tytułowej, broszurowanej książki, przedstawiająca matkę z roześmianem dzieckiem na rękach, które trzyma szczoteczkę do zębów, świadczy już na pierwszy rzut oka o tem, że to jest zapewne popularnie napisana książka, przeznaczona dla szerokich warstw społeczeństwa. I faktycznie nietylko jest tak pomyślana, ale też konsekwentnie przeprowadzona. Książka ta może służyć na wzór jak należy przystępnie i zrozumiale przedstawić tak trudne i zawiłe sprawy jak: powstawanie próchnicy i parodontozy, wpływ odżywiania na nie i sposoby zapobiegania, dalej powstawanie ziarniniaków, przetok, ropowic i obchodzenie się z ranami po usuwaniu zębów.

Wszechstronne i popularne ujęcie zagadnienia choroby zębów i jej następstw, świadczą o teoretycznem znawstwie materjału, jakoteż o znajomości psychologji naszych pacjentów. Podkreślenie ważności zębów mlecznych, dosadne zaakcentowanie zasadniczego znaczenia pierwszych stałych trzonowców, przedstawienie zapobiegania powstawania próchnicy, racjonalnego stosowania szczoteczki do zębów i ważności dobrego żucia, czyni tę książkę bardzo cenną w rękach czytelników. Szczególnie ważną okazuje się taka książka wobec braku podobnej na rynku księgarskim.

Kolorowe i bardziej plastyczne ryciny przyczyniłyby się niezawodnie do lepszego zrozumienia treści. Należałoby też napisać skąd umieszczone rysunki zostały wzięte. Odpowiedniejsze byłoby też wyrażenie usuwanie zębów, zamiast wyrażeń: ekstrakcja, wyrywanie lub wyciąganie. Taksamo byłyby odpowiedniejsze wyrażenia: przedtrzonowce zamiast małe trzonowce, dwuguzkowce zam. dwuguzikowce, zgryz zam. okluzja, nieprawidłowe ustawienie zam. zboczenie zęba.

Tę dobrą książkę zamyka rozdział o protetyce i słowniczek obcych wyrazów. Dobry język, prosty i jasny styl, staranny i przejrzysty druk na dobrym papierze sprawiają, że z przyjemnością książkę się czyta i stwierdzam z prawdziwem zadowoleniem, że autor osiągnął zupełnie postawione sobie zadanie zapoznania szerszych mas społeczeństwa z chorobami zębów i z zasadniczymi postulatami hygjeny jamy ustnej. Należałoby tej książce życzyć, by dla dobra sprawy jaknajdalej dotarła.

Brill (Lwów).

Urzędowy spis lekarzy, uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej, lekarzy-dentystów, dyplomowanych farmaceutów oraz aptek Rz. P. w opracowaniu Ministerstwa Spraw Wewn. 1931. (wyd. nowe).

Na wstępie wykaz lekarzy, urzędujących w Dep. V. Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. i w Wojewódzkich Urzędach Zdrowia. Spis lekarzy, ułożony alfabetycznie z zaznaczeniem roku urodzenia i roku otrzymania dyplomu, specjalności lekarskiej i adresu, obejmuje stron 244. Spis lekarzy-

dentystów ułożony jest według województw i powiatów, obejmuje stron 88. W niektórych miejscowościach jak n. p. w Krakowie, Stanisławowie, podano stomatologów, t. j. lekarzy praktykujących w dentystyce, obok lekarzy-dentystów, w innych zaś miejscowościach wyłącznie lekarzy-dentystów, a stomatologów umieszczono w części I. — lekarzy, gdzie figurują albo pod tytułem stomatologów, albo lekarzy-dentystów. Brak więc jednolitości. W końcu książki znajduje się wykaz dyplomowanych farmaceutów i aptek.

Urzędowy spis lekarzy w nowem wydaniu czyni zadość od dawna istniejącej potrzebie jako Księgi adresowej, która nietylko przyda się Urzędom Zdrowia, Izbom Lekarskim, ale przedewszystkiem przemysłowcom, administracjom czasopism fachowych, pragnącym utrzymywać kontakt z lekarzami i lekarzami-dentystami. Czy spis jest kompletny i obejmuje wszystkie nowe adresy, trudno nam powiedzieć; mogą o tem wydać sąd ci, którzy korzystają z niego jako księgi adresowej — a więc przemysłowcy [1]). Podpada nam jednak w spisie brak wyższych tytułów naukowych lekarskich, — jak n. p. docent, profesor uniwersytetu; tytuły te powinne być w spisie podane, gdyż są pracą naukową zdobyte. W wykazie armji n. p. zaliczenie jenerałów i pułkowników wraz z porucznikami bez zaznaczenia stopnia byłyby przyjęte nieprzychylnie i nawet laikowi uchybienie to prawdopodobnie podpadło. Tak samo i w spisie oficjalnym urzędowym zamiast stopnia naukowego jak prof. uniw. nie wystarcza dodanie w wykazie dodatku: „u r z." — co oznacza lekarz urzędowy, zamiast tytułu naukowego.

Spis lekarzy z informacjami wyczerpującemi szczególnie pożądanym jest przez młodych lekarzy, szukających miejsca osiedlenia; ale wówczas spis lekarzy powinien również zawierać część II., w której byłby podany wykaz lekarzy według województw i powiatów oraz większych miast z podaniem ilości mieszkańców, ilości aptek i ilości członków Kasy Chorych. Przy spisie lekarzy w części II. powinien być zarazem zamieszczony dodatek, czy dany lekarz jest lekarzem Kasy Chorych, szkolnym, lub innym urzędowym. Otrzymałoby się w ten sposób również ewidencję, ile stanowisk ze stałem uposażeniem znajduje się w danem mieście, wzgl. powiecie, a zarazem, ile stanowisk stałych skumulowane jest w jednem ręku.

Wskazanem byłoby spis lekarski uzupełnić jeszcze statystyką poglądową liczbową ogólną, t. j. podanie sumaryczne lekarzy i specjalistów według województw, powiatów, i większych miejscowości, gdyż takiego wykazu brak wogóle dotychczas. Wynikną wprawdzie przy podziale lekarzy na specjalności pewne trudności, gdyż niektórzy lekarze podają nam nieraz trzy specjalności, ale rzeczywistą cyfrę lekarzy i lekarzy-dentystów i stomatologów uzyska się zawsze, o ile będzie ogólna cyfra lekarzy i lekarzy-dentystów podana osobno.

Sumarycznie powinno się również podać liczbę nowo przybyłych lekarzy specjalistów i ich ubytek, ażeby w ten sposób zorjentować się z biegiem lat, czy przyrost odbywa się w granicach prawidłowych. Dla

---

[1]) Na 393 listy, wysłane według adresów podanych w urzędowym spisie do stomatologów i lekarzy dentystów przez Administrację „Pol. Stom." nie zostało doręczonych 45 z powodu niedokładnego adresu (adresat wyprowadził się, lub nieznany) czyli 11,5%.

tych, którzy korzystać będą ze spisu lekarzy jako księgi adresowej pożądane jest, by był podany również wykaz lekarzy, którzy ubyli, ażeby móc wykreślić nazwiska w wydrukowanych już adresach, przygotowanych według starego wykazu do ekspedycji, a nowo przybyłych lekarzy należałoby oznaczyć gwiazdką, czyli, że nazwiska te należałoby dopisać do dawniejszego wykazu. Oszczędziłoby się w ten sposób energji przy kontroli wykazów adresowych a zarazem kosztów z powodu niedoręczonych przesyłek.

Co do wykazu lekarzy-dentystów są większe braki. Przy każdem nazwisku powinien być tak samo jak w wykazie lekarzy podany rok urodzenia i rok uzyskania dyplomu, oraz instytucji wraz z miastem, która dyplom wydała. Potrzebnem to jest bardziej jeszcze, aniżeli w wykazie lekarskim, gdyż między lekarzami-dentystami istnieje wielka różnica co do czasu poświęconego na wykształcenie zawodowe, co jednak z miejsca, w którem uzyskano dyplom odrazu wyczytać można. Jakkolwiek Państwo Polskie nie uznaje stopnia naukowego Dr. med. dent., uzyskanego w Niemczech, powinno się stopień ten w klamrach zaznaczyć z podaniem uniwersytetu; tytuł ten jakkolwiek niestety dotychczas przez Państwo niezlegalizowany, jest uznany w stosunkach towarzyskich, gdyż jest zdobyty pracą dodatkową na podstawie osobnej rozprawy doktorskiej. W spisie lekarzy-dentystów powinni znaleść pomieszczenie również lekarze, zajmujący się stomatologją. Umieścić się ich powinno pod nazwą: stomatolog — dla odróżnienia od tych lekarzy-dentystów, którzy nie posiadają dyplomu lekarskiego.

Uzupełnienia powyższe, które łatwo są dostępne Urzędom Zdrowia, jako władzy przełożonej podniosą bezwarunkowo wartość książki informacyjnej i zwiększą jej popyt.

Lekarze i lekarze-dentyści, których adresy i daty nie odpowiadają rzeczywistości powinni o tem donieść Dep. Zdrowia Min. Spr. Wewn., a tem samem ułatwić wydanie poprawnego spisu w przyszłym wykazie. Leży to w interesie ogółu.

A. Cieszyński (Lwów).

Schürmann, Pflüger, Norrenbrock. Die histogenese ekto-mesodermaler Mischgeschwülste der Mundhöhle. (Histogeneza mieszanych nowotworów jamy ustnej, pochodzącej z zewnętrznego i środkowego listka zarodkowego). 1931 r., stron 94, 79 rycin, nakł. G. Thieme, Lipsk. Cena 11,50 mk. n.

Książka pod powyższym tytułem zawiera dwie obszerne prace histopatologiczne. Pierwsza, której autorami są dr. Pflüger i Schürmann nosi tytuł: Nowotwory przysadki mózgowej i nowotwory tkanki zębowej, ich podobieństwo w obrazie morfologicznym i w ich powstaniu. (Die Hypophysengangsgeschwülste und die Tumoren des zahnbildenden Gewebes, ihre Verwandschaft im morphologischen Bild und ihrer Genese).

Po obszernem przedstawieniu prac anatomo-patologicznych z zakresu nowotworów przysadki, autorzy podkreślają na wstępie, że nowotwory przysadki mózgowej mają bardzo wiele cech wspólnych z tworami, które zwykle się widzi w szczęce. Twory te znane są pod nazwą szkliwiaka (adamantinoma). W dalszym ciągu swej pracy autorzy opisują dokładnie dwa swoje przypadki nowotworów, wychodzących z przewodu przysadki móz-

gowej. Liczne zdjęcia z preparatów mikroskopowych, dotyczące tychże nowotworów, doskonale uzupełniają teoretycznie wypowiadane poglądy.

W zakończeniu wymienieni autorzy przychodzą do następujących wniosków: Dotychczasowe badania nowotworów przysadki mózgowej, a zwłaszcza ich podobieństwo do tworów szczękowych pochodzących z tkanek tworzących zęby, zostaje w całości przez autorów potwierdzone. Obie grupy nowotworów stoją pod względem powstania w tak bliskiem pokrewieństwie, że można je uważać za grupy identyczne. Resztki nabłonka płaskiego przewodu przysadki dać mogą nowotwór przysadki, jak również resztki nabłonka listewki zębowej mogą dać nowotwór szczęki.

Nowotwory wychodzące z komórek podstawowych tkanek, tworzących zęby, mogą być szkliwiakami albo zębiakami miękkiemi lub twardemi. Nowotwory przysadki mózgowej mogą wychodzić z komórek podstawowych bardziej lub mniej zbitych, ew. tworzyć postacie torbielowate. Stąd też pochodzi nazwa szkliwiak przewodu przysadki, który autorzy niniejszej pracy nazywają zębiakami przewodu przysadki. Różnica między temi postaciami polega na obecności jeszcze jednego nowotworowego składnika pochodzenia mesynchimalnego, który to składnik nie należy uważać za coś specyficznego, lecz jedynie jako młodą tkankę mesynchimalną.

Przypuszczalnie dużą rolę odgrywa tu wydzielina nabłonka, która impregnuje i podrażnia tkankę, wywołując przez to zróżniczkowanie tkanki mesynchimalnej.

W zakończeniu podano liczną literaturę, z której korzystali autorzy.

Nie mniej zajmującą pracą jest następna praca histologiczna dr. Norrenbrocka p. t. „O pochodzeniu nowotworów mieszanych gruczołu przyusznego“. (Zur Histogenese der Parotis Mischtumoren).

Na podstawie zestawienia różnych prac, teoryj i poglądów, autor ujmuje nowotwory gruczołu przyusznego w dwie duże grupy, w których podstawową cechą dla pierwszej grupy będzie jednolistkowy zarodek tkanki nowotworowej, dla drugiej grupy zaś dwulistkowy zarodek tkanki nowotworowej.

Autor opisuje 11 przypadków nowotworów mieszanych gruczołu przyusznego, które miał możność obserwować.

Piękne ryciny wykonane ze zdjęć mikroskopowych wykazują jak trudnem jest zadaniem zaliczenie podobnych nowotworów do tej lub innej grupy.

Autor dalej stwierdza, że na preparatach jego przypadku najwięcej spotykamy komórek nowotworowych o charakterze nabłonkowym ale również można zauważyć i inne składniki nowotworowe, jak n. p. masy kolloidowe, masy składające się z delikatnych nitek śluzu i t. p.

Praca napisana jasno, a pięknie i precyzyjnie wykonane zdjęcia z preparatów mikroskopowych ułatwiają czytanie tej ciekawej książki.

Gorczyński (Lwów).

Fortschritte der Orthodontik. Wydawca Herman Meusser — Berlin, NW. 57, kwartalnik. Cena rocznika 26 m. n. Cena poszczególnego numeru 7 m. n.

Pod naczelną redakcją doc. Korkhausa (Bonn) wychodzi od zeszłego roku począwszy kwartalnik poświęcony ortodoncji i ortopedji szczęk z uwzględnieniem nauk z pogranicza. Wydawnictwo to jest prowadzone

bardzo starannie i ma zapewnienie współpracy autorów najpoważniejszych z tej dziedziny nietylko niemieckich ale i z zagranicy. Artykuły ukazują się w języku niemieckim i równocześnie w języku angielskim i francuskim, albowiem pismo przeznaczone jest także dla zagranicy. Wśród członków Komitetu redakcyjnego są nazwiska następujące: Andressen (Oslo), C. d'Alise (Neapol), Coebergh (Utrecht), Friel (Dublin), Kantorowicz (Bonn), Kiellgreen (Stockholm), Körbitz (Monachjum), Oppler (Berlin), Pfaff (Lipsk), Quintero (Lyon), Salomon (Budapest), A. M. Schwarz (Wiedeń), R. S. Schwarz (Bazylea). Rocznik ubiegły przedstawia się pokaźnie i stanowi ozdobę piśmiennictwa stomatologicznego; artykuły zaś są nadzwyczaj cenne. W roczniku I. ogłoszono artykuły następujące.

Andressen: I. Biomechaniczna ortodoncja. 2. Pierścieniowe konturowe wypełnienie w celu profilaktyki ortodontycznej. 3. Pojęcie „normalności“ i „optimum“.

Bertram: 1. Działanie łuku regulacyjnego. 2. Siła podwiązek gumowych.

Breitner: Idea łuku działającego w dwóch płaszczyznach.

Dreyfus: Rozwój twarzy i szczęki niemowlęcia zależnie od pobierania pokarmu.

Friel. Uwagi co do nieprawidłowego trzymania warg i szczęki i sposoby leczenia.

Herbert: Znaczenie zdjęć roentgenowskich branych z odległości dla djagnostyki nieprawidłowości szczękowych.

Jung: Lane pierścienie do aparatów regulacyjnych.

Klejgreen: Technika sporządzania pierścieni.

Körbitz: Idea łuku regulacyjnego działającego w dwóch płaszczyznach.

Korkhaus: Rozrost szczęki podczas zmiany zębów siecznych i wczesne leczenie.

Leist: Nieprawidłowości wyrzynania zębów w obrazach rentgenowskich.

Levy-Davidsohn: Przyczynek do rozpoznania różniczkowego zgryzów odśrodkowych.

Linder: Badania biometryczne zgryzu normalnego.

Neumann Fr.: Wrażenia z podróży do Ameryki.

Nowak: Siła mechaniczna sprężynek paluszkowych.

Philipp: Warunki przystosowania sprężynek paluszkowych.

Pitts: Propozycja do zmiany klasyfikacji Angle'a.

Quintero: Dwa przypadki zatrzymanych mlecznych trzonowców.

Salamon: 1. Ryciny ortodontyczne. 2. Lutowanie z wolnej ręki. 3. Naczynie ortodoncji.

Schwarz M.: 1. Badania embrjonalnej progenji. — 2. Patogeneza uzębienia ludzkiego. — 3. Przemiana w pojęciach naszych o powstawaniu nieprawidłowości zgryzowych. — 4. Wartość indeksów Ponta. — 5. Zmiany tkanek na skutek regulacji.

Skogsborg: Przecięcie przegrody nosowej a znaczenie jej dla leczenia ortodontycznego.

Varga: Palnik Bunsenowski miniaturowy.

W a t r y: Ortopedja szczęk i znaczenie jej z punktu widzenia społecznego.

W i n k l e r: Stan obecny badań parodentoz w stosunku do ortopedji.

Jak wynika z powyżej podanej treści, pismo nowe wzbudzi zainteresowanie ordodontów i ortopedów szczęk.

A. Cieszyński (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Związek Docentów Stomatoloji obradował w dniach 25 i 26 marca 1932 r. w Warszawie. Uchwalono poczynienie kroków celem wprowadzenia osobnego **Studjum stomatologicznego** przy Wydziale lekarskim Uniw. Warszawskiego ze znacznie rozszerzonym programem studjów dotychczasowych w Państ. Inst. Dent. i przewidziano dla remanentu studentów z Państw. Inst. Dent. oraz dawniejszych absolwentów warunki przejściowe, na podstawie których mogliby uzyskać stopień doktora nauk dentystycznych.

Polski Komitet Narod. Związku Słowiańskich Stomatologów ukonstytuował się dniu 26 marca 1932 r. na posiedzeniu w Warszawie w składzie następującym: prezes: prof. Cieszyński, wiceprezes: prof. Wilga, sekretarz: kol. Mesz, zast. sekretarza: vacat, skarbnik: kol. Zawidzki z Warszawy.

2-gi numer „Słowiańskiej Stomatologji“, drukowany w Pradze, a zawierający streszczenia prac oryginalnych autorów polskich z r. 1930 i 1931, wyjdzie jako bezpłatny dodatek do następnego numeru „Polskiej Stomatologji“. Dodany zostanie również słownik czesko-polski do tegoż numeru.

